

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

763

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre-Paul PRAT

Né le 25 Novembre 1906, à NICE (Alpes-Maritimes)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES DIVERTICULES
DU CÔLON

Président : M. GREGOIRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre-Paul PRAT

Né le 25 Novembre 1906, à NICE (Alpes-Maritimes)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES DIVERTICULES
DU CÔLON

Président : M. GREGOIRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

Doyen

G ROUSSY

I. — Professeurs

		MM.
Anatomie		ROUVIERE.
Physiologie		Leon BINET
Physique médicale.....		STROHL.
Chimie médicale.....		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....		BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....		CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....		TIFFENEAU
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....		TANON.
Médecine légale.....		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....		FIESSINGER.
		Maur. VILLARET
Clinique médicale.....		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....		LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale.....		GOSSET.
		GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....		LENORMANT.
Clinique urologique.....		TERRIEN.
		MARION.
Clinique d'accouchements.....		BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique.....		N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....		SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....		MATHIEU.
		HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.
		MOCQUOT

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN ...	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
D'ALLAINES.			



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale
OBERLING	Anatomie pathologique
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale
BESANÇON (J.)	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

HEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT (Pasteur)	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V — Charges de cours

MM.

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, le Docteur LOUIS PRAT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Nice
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Mon premier maître qui m'a donné
le goût de la chirurgie.*

*Quand je considère son savoir, la sû-
reté de son diagnostic, sa virtuosité opé-
ratoire, sa conscience professionnelle, sa
notoriété en France et à l'Etranger, il
me paraît difficile de l'égal.*

*Je souhaite de m'en montrer digne et
c'est très affectueusement que je lui dédie
ce travail qu'il m'a inspiré et dont il m'a
fourni la plupart des éléments.*

A MA MERE

Bien faible témoignage de ma grande affection et de ma reconnaissance. Elle fut pour moi, au même titre que mon père, le guide moral le plus sûr.

A MA CHERE FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MES FRERES

Le Docteur HENRY BORDIER

et

JEAN-LOUIS PRAT

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

In Memoriam :

A mon Grand-Père.

A ma Tante.

A ma Cousine.

A mon Oncle le Docteur G. HATTAT.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RAYMOND GREGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre

Hommage respectueux de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et en nous permettant de travailler sous sa direction dans son Laboratoire d'Anatomie médico-chirurgicale.

A Monsieur le Professeur Agrégé H. MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

*Nous sommes heureux de lui témoigner
l'admiration très grande que nous avons
pour son enseignement. Nous le remer-
cions de la bienveillance qu'il a toujours
manifestée à notre égard. Nous l'assurons
de notre affectueux attachement.*

A Monsieur le Docteur R. BENSAUDE

Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Il a bien voulu s'intéresser à notre tra-
vail, nous prodiguer ses conseils. Qu'il
soit remercié de tout ce qu'il a fait pour
nous.*

A Monsieur le Professeur Agrégé M. CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu reporter sur moi l'a-
mitié qu'il a pour les miens.*

Qu'il nous soit permis de remercier, plus particulièrement, pour l'aide efficace qu'ils ont bien voulu nous accorder pour l'élaboration de notre thèse :

Monsieur le Professeur Agrégé LARDENNOIS
Monsieur le Docteur BERGERET
Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur A. CAIN
Monsieur le Docteur P. HILLEMAND, notre Maître
et Ami
Médecins des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur CH. PASCHETTA
Electroradiologiste des Hôpitaux de Nice
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Au talent et à la compétence de qui
nous devons la plupart de nos clichés et
leur interprétation.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

STRASBOURG :

Monsieur le Professeur P. MERKLEN.

Monsieur le Professeur Ph. BELLOCQ.

PARIS :

Monsieur le Professeur H. HARTMANN.

Monsieur le Docteur L. RAMOND.

Externat

Monsieur le Docteur TOUPET.

Monsieur le Professeur Agrégé M. CHIRAY.

Monsieur le Docteur R. BENSAUDE.

Monsieur le Professeur L. OMBREDANNE.

Monsieur le Professeur G. MARION.

Monsieur le Professeur Agrégé H. MONDOR.

Monsieur le Docteur LEMELAND.

Monsieur le Professeur N. FIESSINGER.

A mes Maîtres dont beaucoup sont mes amis :

PARIS :

Messieurs les Docteurs WELTI, HUET
Chirurgiens des Hôpitaux

Messieurs les Docteurs AUROUSSEAU, OURY,
PERARD, DELAFONTAINE, GARNIER,
SCHWOB, HEPP, Chefs de Clinique et anciens Chefs de Clinique à la Faculté.

Messieurs les Docteurs STEHELIN, MAES,
P. VIALLE, JOURDAN, Anciens Internes des
Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur A. FOLLIASSON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien à Grenoble

*Qui fut un de mes premiers mattres en
chirurgie et à qui m'unissent les liens
d'une vive amitié.*

NICE :

A mon Parrain, Monsieur le Docteur D'ÆLSNITZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Nice
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mon Cousin, Monsieur le Docteur E. BOULOUNEIX

A mon Cousin, L. BAUZIL, Docteur en pharmacie

Bien affectueusement.

A Messieurs les Docteurs A. DUTIL et J. BOISSEAU
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

A mes Amis, Messieurs les Docteurs G. ROSANOFF
C. HENRY, CHARLES et GEORGES MOTZ,
M. BONAMY.

A mon Ami, Maître JEAN DAZET

HISTORIQUE

En 1796, Morgani, le premier, décrit les diverticules.

Mais c'est Cruveilhier, en 1849, qui le premier a insisté sur ces formations et sur leur rôle pathologique. Dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, cet auteur fait des diverticules une excellente description anatomique : il relate le compte rendu de l'autopsie maintenant classique du Professeur Alibert : « Il existait plusieurs centaines de diverticules, quelquefois difficiles à reconnaître du fait de l'hypertrophie des franges graisseuses. » Au point de vue de la pathologie, Cruveilhier déjà insiste sur le rôle de la pression intra-intestinale et sur celui de la variabilité de résistance de la paroi du côlon sigmoïde que renforcent inégalement les bandes longitudinales.

« On trouve, dit-il, la raison de cette espèce de pré-dilection pour le gros intestin dans l'inégalité de résistance de ses parois. Les fibres longitudinales étant réunies en trois bandes parallèles, d'où résulte une force de résistance considérable à leur niveau et une faiblesse relative dans les points intermédiaires. D'autre part on conçoit que le rectum et l'S iliaque, étant pour les matières fécales un lieu de séjour, de durcissement, et l'aboutissement principal des efforts de défécation, doivent être, sous ce double rapport, plus particulièrement sollicités à ce genre de déplacement. » Enfin cet auteur va jusqu'à tirer des déductions d'ordre pathologique de cette étude anatomique :

« On conçoit, écrit-il, que ces petites cellules mu-
« queuses, que l'on peut comparer à celles de la ves-
« sie, puissent être irritées par la présence de matiè-
« res fécales et devenir le siège d'inflammations et de
« perforations. »

Ce n'est pourtant que 49 ans plus tard que Jaboulay en France va publier le premier cas de péritonite généralisée par perforation diverticulaire. Cependant de nombreux auteurs, à l'étranger, s'étaient occupés de la question : Habershon, médecin du Guy's Hospital de Londres, publie en 1867 une excellente description anatomique. Sydney Jones, en 1858, avait déjà rapporté à la Pathological Society de Londres le premier cas de fistule vésico-côlique due à un diverticule du sigmoïde. Graser, en 1898, au Congrès des chirurgiens allemands, relate le premier cas de tumeur côlique d'origine diverticulaire. Par la suite, cet auteur publie plusieurs autres mémoires sur cette question. Les Allemands et plusieurs auteurs anglo-saxons, en souvenir des travaux de ce dernier auteur, donnent aux diverticules le nom de diverticules de Graser. Si l'introduction d'un nouveau nom propre était nécessaire dans la littérature médicale — c'est notre Maître le Docteur Bensaude qui le propose — celui de Cruveilhier paraîtrait plus légitimement indiqué, lui qui, cent ans avant Graser, avait vu et décrit les diverticules, entrevu leur pathogénie et signalé leur rôle pathologique.

A partir de 1898 les diverticules seront de plus en plus étudiés : en France l'école lyonnaise en particulier s'intéresse fort à la question. Après Jaboulay, en

1898, Patel, Cade publient sur ce chapitre et inspirent à de Mourgues une excellente thèse en 1913. Quelque temps auparavant Le Landais, à Lyon également, dans une thèse sur les abcès de la fosse iliaque gauche, faisait aux diverticulites une large place. Ainsi bien avant la guerre, l'école lyonnaise avait montré l'importance des diverticules dans la pathologie sigmoïdienne. Bensaude, de son côté, en 1912, fait l'importante distinction entre la « diverticulose » et les « diverticulites ».

Mais c'est surtout à l'étranger et en particulier dans les pays anglo-saxons que les diverticules semblent avoir suscité le plus d'intérêt. Brewer, Hartwell, Mayo et surtout Spriggs et Maxwell Telling publient d'importants travaux. De Quervain à Berne, en 1913, ouvre une nouvelle voie en montrant la possibilité du diagnostic des diverticules par les rayons X. Spriggs, Case, en Amérique, perfectionnent la technique de l'examen radiologique.

Plus récemment Pauchet en fait plusieurs fois une étude chirurgicale, et tout dernièrement notre Maître Bensaude, avec ses collaborateurs Cain et Hillemand, fait des diverticules une étude médicale très complète.

Et c'est ainsi que les diverticules du côlon sigmoïde, simple curiosité anatomique à la fin du siècle dernier, tendent à l'heure actuelle à dominer la pathologie du sigmoïde dans l'opinion de la majorité des médecins qui les ont étudiés.

ÉTIOLOGIE

Les diverticules du côlon s'observent surtout chez l'homme, deux hommes pour une femme environ, 64 % des cas dans la statistique de Mayo. Les diverticules du côlon se rencontrent surtout dans la race anglo-saxonne et pour s'en persuader il suffit de consulter toutes les bibliographies publiées sur ce sujet : la majeure partie des travaux sont d'origine américaine ou anglaise. Par ailleurs, parmi les observations que nous a communiquées notre Père, le Docteur Louis Prat, de Nice, la plupart se rapportent à des sujets anglais. La cause raciale serait donc un élément de première importance.

Les diverticules du côlon s'observeraient surtout chez des sujets obèses et florides chez qui la constipation jouerait un rôle primordial. Dans la statistique de Bland Sutton, 17 malades étaient obèses sur 22.

Les diverticules s'observent à un âge avancé.

Dans la statistique de Mayo portant sur 42 cas d'intervention, l'âge moyen était 53 ans.

Sur 2.139 cas d'autopsie, 5 % des cas s'observaient chez des sujets de plus de 40 ans. En principe, il faut, dans les statistiques, distinguer les cas de diverticulose, c'est-à-dire des diverticules qui n'entraînent pas d'accidents, des cas de diverticulites où les diverticules provoquent des réactions pathologiques.

Harrolds publie une statistique de 117 cas et montre ainsi :

Diverticulose : maximum entre 40 et 50 ans ; diverticulites : maximum entre 60 et 70 ans.

Cependant les diverticules du côlon sont loin d'être exceptionnels chez des sujets jeunes :

15 ans dans l'observation de Le Landais ;

22 ans celle de Primerose ; le malade de Ballin avait 27 ans, et le soldat de Dalger, 20 ans.

Et même, pour rares que soient les observations de diverticules et de diverticulites chez les très jeunes enfants, elles ne sont pas exceptionnelles :

Hartwell rapporte des cas chez des enfants de 7 ans, 6 ans et 10 ans ; il s'agissait de pièces d'autopsie durcies dans le formol. Newton, dans sa statistique, rapporte l'observation d'un enfant de 12 ans atteint de diverticulite, et Erdmann en cite une autre chez un enfant de 6 ans 1/2.

En outre il semble bien que le cas de sigmoïdite suppurée chez un enfant de 3 ans que publie Ransohoff se rapporte également à une diverticulite.

Quant à la fréquence des diverticules elle est difficile à apprécier, bien que nombreuses soient les statistiques publiées à ce sujet. Les sources de renseignements sont de deux ordres :

Les pièces d'autopsie, les examens radiologiques. Et dans ces deux actes de recherches les omissions sont fréquentes : omissions dans le cas des autopsies, parce que les diverticules sont souvent masqués par les franges épiploïques et échappent ainsi à un examinateur non prévenu et parce que les diverticules siègent avec prédilection sur l'anse sigmoïde et le côlon terminal, organes qui sont habituellement laissés en

place et négligés dans les constatations des nécropsies.

Omissions également fréquentes dans le cas des examens aux rayons X, parce que les diverticules du côlon passent inaperçus sur le simple examen radioscopique ou même sur une unique épreuve radiographique, car la perception des diverticules du côlon sur des clichés exige une technique radiologique spéciale sur laquelle nous reviendrons. Ces causes d'erreur expliquent peut-être les différences de fréquence entre les diverses statistiques :

Sur 13.068 autopsies, Maxwell Telling trouve 28 cas de diverticules, soit 0,21 %, qui se répartissent ainsi :

Dresden City Hospital : 8.133 autopsies : 6 diverticules ;

Jonh's Hopkins Hospital : 2.600 autopsies : 19 diverticules ;

Boston City Hospital : 1.382 autopsies : 1 diverticule ;

Bender Hygienic Laboratory : 953 autopsies : 2 diverticules.

Larimore, à la Washington University, trouve dans 4.408 examens de l'intestin : 55 cas de diverticules, soit 1,02 % des cas. Spriggs et Marxer découvrent 100 cas de cette affection sur 1.000 examens, soit 10 % des cas. Robert Mailer rapporte la statistique de la Mayo clinique (du 1^{er} avril 1923 au 1^{er} août 1924) : 34 diverticules du côlon au cours de 498 autopsies, soit donc 7 % des cas. Toujours à la Mayo clinique, sur 32.000 examens du côlon aux rayons X, il fut trouvé des diverticules du côlon dans 5,71 % des cas. Zielgen, sur 2.000 autopsies, signale 1 cas, soit 0,05 %.

Par contre de Mourgues, dans sa thèse, rapporte les chiffres suivants : sur 1.000 autopsies de vieillards pratiquées à l'hospice du Perron, des diverticules sont trouvés dans 29 cas.

Et Suduski tenant compte, il est vrai, des diverticules microscopiques, en observe 15 cas sur 40 autopsies, soit 37,5 %.

En faisant état de ces diverses statistiques, on peut estimer la fréquence des diverticules du côlon à 2 ou 3 % des cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tantôt les diverticules du gros intestin vont constituer une simple malformation anatomique : les diverticules passent cliniquement inaperçus, ils ne sont découverts que fortuitement, soit au cours d'une laparotomie, soit à l'occasion d'un examen du tube digestif aux rayons X : il y a simple *diverticulose*.

Tantôt le diverticule s'enflamme, les signes cliniques apparaissent : il y a *diverticulite*.

Cette diverticulite va prendre des aspects divers suivant l'intensité ou la modalité du processus infectieux :

Inflammation simple, quelquefois suppurée, dont le pus s'évacuera spontanément par la lumière intestinale, réalisant une diverticulite dont le type clinique habituel est la diverticulite à poussées successives.

Inflammation suppurative plus sévère qui va franchir la barrière péritonéale et provoquer ainsi :

1° des péritonites généralisées ;

2° des péritonites localisées ou abcès péricôliques.

A côté de ces formes aiguës les diverticules vont, dans certains cas, être le siège d'une inflammation lente, chronique, à tendance plastique.

Cette inflammation à point de départ diverticulaire va s'étendre à toute la paroi intestinale et aux mésentères et réaliser ainsi de véritables tumeurs inflammatoires. C'est ainsi encore que les lésions de mésentérite rétractile associée pourront créer souvent de grosses difficultés techniques au cours de l'acte chirurgical.

La diverticulose

Les diverticules se présentent sous l'aspect de petites saillies arrondies bosselant l'intestin.

ETUDE MACROSCOPIQUE. — Leurs formes sont des plus variables : tantôt arrondies régulièrement et sessiles, ils sont directement appliqués sur la paroi intestinale. Quelquefois même ils ne sont constitués que par une dépression cupuliforme saillant à peine sous le péri-toine. Dans certains cas, ils sont en forme de poire et même pédiculés. D'autres fois, ils forment à la surface de l'intestin une saillie en doigt de gant. Des aspects plus rares ont pu être rencontrés. Notre Maître Cain et son interne Bridgmann ont rapporté un cas où les diverticules semblent avoir acquis un développement exceptionnel : les diverticules très développés s'étaient fusionnés, formant ainsi à la surface de l'intestin des tumeurs marronnées, bilobées ou trilobées, tandis que, fait curieux, l'intestin examiné du côté de sa lumière n'offrait aucune modification de calibre.

Enfin, dans notre observation n° 14, on peut voir sur l'épreuve radiographique un diverticule en forme de chou-fleur à large pédicule.

La couleur de ces diverticules peut varier : tantôt blanchâtres, de la coloration de la paroi intestinale, tantôt de couleur noirâtre ou violacée. Il s'agit alors de diverticules à parois très minces laissant voir par transparence la matière fécale ou le calcul stercoral contenus dans leur intérieur.

La taille des diverticules est non seulement très va-

riable d'un sujet à l'autre, mais même chez le même sujet.

Si dans des cas exceptionnels Edel, Virchow ont pu les comparer à un œuf, à une pomme, il est plus habituel de leur voir attribuer le volume d'une cerise ou d'un petit pois.



FIG. 1. — Sigmôidite diverticulaire, face interne. (Obs. Bensaude et Turin. Pièce opératoire et photographie du P^r de Quervain).

La consistance des diverticules est également variable : tantôt ils sont flasques par viduité s'aplatissant entre deux doigts ; on peut faire jouer l'une sur l'autre leurs parois opposées. Habituellement ils sont remplis de matière fécale tantôt molle comparée à de

la cire, tantôt dure et réalisant alors un véritable calcul stercoral.

Examinés par la surface muqueuse de l'intestin, les diverticules montrent leurs orifices de communication avec la lumière intestinale. Cet orifice, tantôt large dans le cas de diverticule en doigt de gant, laisse voir le fond du diverticule ou son contenu; tantôt très étroit il isole presque complètement la cavité diverticulaire de la cavité intestinale.

Assez souvent autour de l'orifice, la paroi intestinale est surélevée en bourrelet et dans certains cas prend l'apparence d'une véritable « caroncule » (fig. n° 1) (*).

Les diverticules sont de nombre très variable. Ils peuvent être extrêmement nombreux : plusieurs centaines. Ainsi en est-il dans l'observation du Professeur Alibert que rapporte Cruveilhier: « Ils se disposent alors en alignements, sur une ou deux rangées ». On en compte habituellement plusieurs dizaines. Dans l'observation de Bensaude et Lapointe, il n'y en avait que quatre sur une anse sigmoïde réséquée. Très rarement ils sont uniques. La répartition du diverticule sur le côlon tant sur la longueur que sur la circonférence n'est pas uniforme. Le siège d'élection des diverticules est le côlon sigmoïde et le côlon descendant.

Sur les 42 cas observés par Mayo les diverticules siégeaient :

(*) Cette figure, ainsi que les figures n°s 2, 6, 8, 9 sont empruntées à l'ouvrage de M. le D^r R. BENSAUDE « *Les maladies de l'intestin* » (Masson et C^{ie}, Editeurs).

36 fois sur le sigmoïde,
1 fois sur le transverse,
1 fois sur le côlon ascendant,
1 fois sur l'angle hépatique,
1 fois sur la partie sigmoïdo-rectale,
2 fois sur le rectum.

Sur les 185 cas rapportés par Spriggs les diverticules siégeaient:

116 fois sur le côlon pelvien,
76 fois sur le côlon descendant,
31 fois sur le côlon transverse,
7 fois sur le cæcum,
23 fois sur le côlon entier.

On voit donc que les diverticules siègent dans la très grande majorité des cas sur le côlon sigmoïde. Ceci nous explique que la plupart des diverticulites aient une symptomatologie « gauche ». De plus, comme le côlon sigmoïde, de par sa situation anatomique, est un organe en rapport avec les étages abdominal et pelvien, on comprendra la fréquence de la symptomatologie abdomino-pelvienne au cours des diverticulites.

Toutefois, la longueur du segment intestinal atteint de diverticulose est en général assez peu étendue : 10 à 20 centimètres ; mais il est assez fréquent par contre de trouver en dehors de ce segment des diverticules aberrants sur les autres portions côliques.

Nous verrons qu'au point de vue radiologique ces diverticules aberrants ont, dans certains cas, une grosse importance diagnostique.

La répartition des diverticules selon la circonférence de l'intestin obéit à certaines lois. Tout se passe

comme s'il existait certains points faibles dans la tunique intestinale. Maxwell Telling et Harold C. Edwards admettent que ces points faibles se trouvent là où pénètrent les branches terminales des artères cœliques, c'est-à-dire le long de l'insertion du mésocôlon



FIG. 2. — Sigmoidite diverticulaire (Cain et Bridgmann).
Les diverticules occupent les franges épiploïques.

en avant et en arrière de la bandelette cœlique postérieure. Très souvent les diverticules sont dissimulés et passent inaperçus à un examen superficiel, soit que le diverticule se développe entre les deux feuillets du mésocôlon, éventualité assez fréquente dont nous rap-

portons plusieurs exemples, soit, et c'est là encore un cas très courant, que le diverticule se développe à l'intérieur d'une frange épiploïque qui va le masquer complètement (fig. n° 2). La frange peut être comparée « à un véritable lipome pré-herniaire protégeant la petite hernie tuniquaire que constitue le diverticule » (*).

Dans cette situation le diverticule va se trouver en relation fréquente avec le vaisseau droit long, branche terminale de l'artère cœlique. Meillière dans sa thèse avait insisté sur ce voisinage.

De ces dispositions, l'opérateur doit tirer une conclusion pratique : dans une résection cœlique, au cours du « dégraissage », avant de pratiquer une suture cœlique, il faudra éviter la lésion possible de la branche de l'artère cœlique et celle d'un diverticule qui aurait pu passer inaperçu inclus dans la frange épiploïque.

Très souvent du reste cette disposition typique des diverticules ne se retrouvera pas dans la partie inférieure du côlon sigmoïde. En effet à ce niveau les bandelettes cœliques s'étalant et perdant leur ordonnance, le diverticule se développera en un point quelconque de la circonférence, là où existe un point faible.

Exceptionnellement la diverticulose du gros intestin coexiste avec des diverticules de l'intestin grêle ; Graham en note un cas, Hamilton Drummond en rapporte quatre cas.

Dans deux de nos observations inédites la diverticulose cœlique consistait avec des diverticules de la

(*) A. BÉCHET. Etude des torsions des franges épiploïques du côlon, thèse Paris 1935, Librairie Arnette.

vessie (obs. 6 et 80). Beer rapporte également des cas de diverticulose associée, intestinale et urinaire. Outre les coexistences de diverticules côliques et de malformations congénitales urinaires que nous avons personnellement constatées, nous avons relevé d'autres observations au cours de nos recherches bibliographiques.

ETUDE MICROSCOPIQUE. — La coupe d'un diverticule côlique permet de reconnaître : une muqueuse sensiblement normale mais avec atrophie des glandes de Lieberkuhn et augmentation des espaces interglandulaires (Bensaude) ; une sous-muqueuse amincie, au niveau de laquelle on peut observer une légère infiltration des cellules embryonnaires (Cade, Martin, de Mourgues) ; une muscularis mucosæ habituellement indemne ; une musculouse qui présente le maximum de modifications et dont « l'étude a soulevé, comme dans le cas des diverticules de l'œsophage, de très nombreuses discussions ».

La musculouse fait défaut dans la plupart des diverticules. Pour Orth, Mayo et pour Huston l'absence des fibres musculaires lisses au niveau du diverticule caractériserait le diverticule acquis. Le diverticule congénital, beaucoup plus rare, serait caractérisé par l'existence d'une couche musculaire, si bien que la paroi du diverticule serait identique à celle de l'intestin.

Cette conception n'est pas celle de Graser, Suduski, Maxwell Telling, Patel. Pour ces auteurs l'existence de fibres musculaires dans la paroi du diverticule est assez fréquente. Très nombreuses au niveau du col où elles forment quelquefois un véritable sphincter, elles

vont ensuite en se raréfiant à la surface du diverticule. De Mourgues, dans sa thèse, publie des observations où la couche musculaire existait sur toute la surface du diverticule.

En fait, comme l'a déjà fait remarquer notre Maître Bensaude, ces deux théories sont parfaitement compatibles. Dans un premier stade de la formation des diverticules, n'existent que de petites dépressions cupuliformes de la muqueuse ne dépassant pas la sous-muqueuse. Ces dépressions correspondent aux diverticules microscopiques de Graser et Suduski et probablement à ce que Spriggs et les Américains ont décrit radiologiquement d'abord, anatomiquement ensuite, sous le nom d'état « prédiverticulaire ».

Lors de son développement, le diverticule va atteindre la couche musculaire. Celle-ci peut : ou résister et les fibres musculaires s'organiseront circulairement en une sorte de sphincter au travers duquel passera le diverticule, ou se laisser distendre et le diverticule se développera en se coiffant de fibres musculaires.

Nous reproduisons ci-contre trois belles images empruntées à Harold C. Edwards qui montrent nettement l'état prédiverticulaire et la formation des diverticules.

Sur la première figure (N° 3) (*) on remarque les différences d'épaisseur des fibres musculaires. Elles forment dans la paroi intestinale des sortes de collines entre lesquelles la muqueuse s'invagine laissant devi-

(*) *The Lancet*, 3 février 1934. Reproductions dues à l'obligeance du Dr H. C. EDWARDS et à celle de l'éditeur.

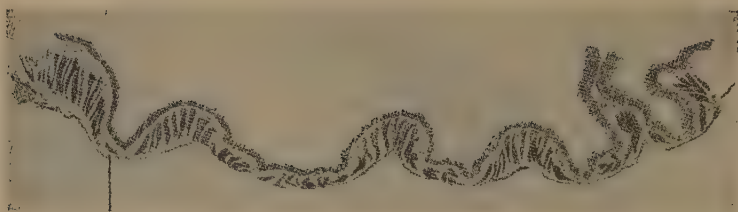


FIG. 3

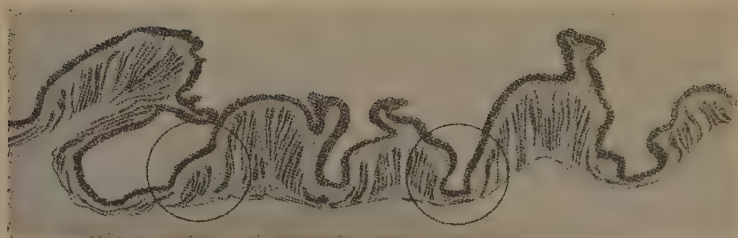


FIG. 4



FIG. 5

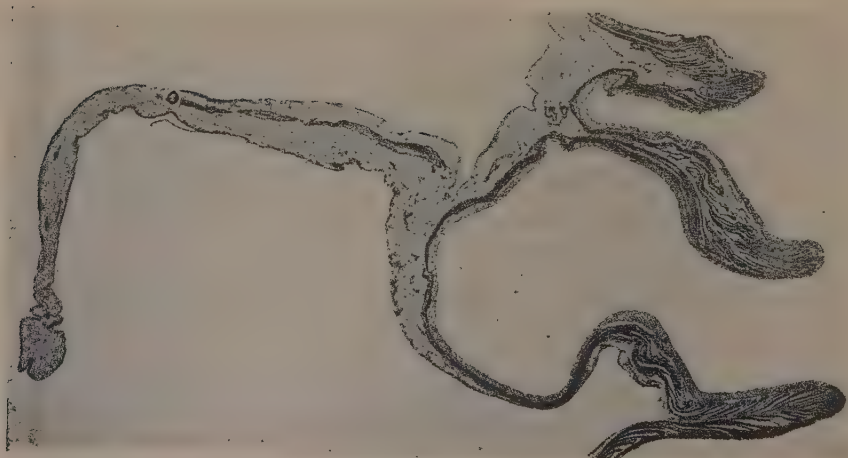


FIG. 6

ner le futur diverticule. Sur les deux autres figures (N^{os} 4 et 5) on suit très nettement la formation du diverticule par la distension de la couche musculaire (à comparer avec l'image de diverticule empruntée à Cain et Bridgmann) (fig. 6).

L'étude microscopique révèle toujours, même dans les cas où rien dans l'examen macroscopique ne le faisait prévoir, une légère inflammation. Elle est habituellement localisée au fond des culs-de-sac diverticulaires. La stase fécale explique aisément cette découverte.

La diverticulite

DIVERTICULITE A POUSSÉES SUCCESSIVES. — Dans les diverticulites à poussées successives, les pièces opératoires sont relativement rares. En effet ce n'est qu'exceptionnellement que les chirurgiens ont eu l'occasion d'intervenir dans ces formes où les symptômes cliniques auraient été suffisamment alarmants pour imposer une opération.

Macroscopiquement un ou plusieurs diverticules sont rouges, turgescents, érectiles. L'inflammation gagne habituellement les parois côliques qui présentent également un aspect inflammatoire, cartonné. Les franges épiploïques sont hypertrophiées et présentent des suffusions hémorragiques. L'ensemble du côlon est généralement lâchement adhérent aux anses grêles, aux parois pelviennes. La cavité diverticulaire contient des débris stercoraux mêlés à une sérosité louche qui se draine habituellement par la lumière intestinale. Mais il suffit qu'un calcul stercoral, éven-

tualité fréquente, vienne boucher l'orifice de communication avec l'intestin pour que se trouve réalisée à l'intérieur du diverticule, une suppuration en vase clos hautement virulente et souvent mal séparée de la cavité péritonéale par la fragile membrane de péritoine, amenuisée par le calcul stercoral lui-même.

Microscopiquement les lésions sont celles de l'inflammation banale. Quand la suppuration franche apparaît, l'épithélium qui revêt les diverticules disparaît, à peu près complètement remplacé par une nappe purulente. Tel est l'aspect habituel de la diverticulite en poussée aiguë. Dans l'intervalle des crises, l'inflammation est beaucoup moins évidente. Les parois côliques perdent leur induration, les diverticules s'assouplissent et, là où, en période aiguë, à l'ouverture de l'abdomen, l'extériorisation de l'anse malade semblait la seule conduite possible, en période intercalaire, après refroidissement, l'ablation pure et simple des diverticules est devenue parfaitement réalisable.

DIVERTICULITES PERFORANTES. — Elles peuvent réaliser des péritonites généralisées : à l'ouverture de l'abdomen ce sont les lésions habituelles de péritonite généralisée : un liquide séro-purulent, à odeur fécaloïde, mal lié, s'échappe par l'incision. Les anses intestinales sont rouges, dilatées, accolées par de fausses membranes plus ou moins formées suivant l'ancienneté de la péritonite. Dans les perforations de diverticules sigmoïdiens, les plus fréquentes, le liquide purulent s'accumule dans le côté gauche de l'abdomen

et souvent dans la cavité pelvienne et c'est habituellement cette accumulation à gauche qui incite l'opérateur à examiner et à extérioriser le côlon sigmoïde. La perforation est habituellement de faible dimension : elle mesurait 4 millimètres dans l'observation de Mourre et Desbouis. Elle peut être linéaire, arrondie, de la taille d'une lentille. Paviot la trouve « grosse comme une tête d'épingle ». Elle est toujours difficile à voir. Dans certains cas elle peut véritablement manquer ; on peut alors baptiser les lésions du ventre de « péritonite par propagation » : l'observation de Loomis rapportée par Patel en est un exemple. La perforation siège habituellement au sommet du diverticule, quelquefois à sa base. Dans certains cas il y a une véritable amputation spontanée du diverticule : la perforation paraît siéger directement sur la paroi côlique, et ce n'est que la coexistence d'autres diverticules qui permet le diagnostic causal. L'aspect de la perforation est tout à fait spécial : « ses bords « sont taillés en biseau aux dépens de la tunique externe, ils sont mâchés, déchiquetés, gangréneux, « coupant sous le fil qui veut les suturer » (Patel).

Souvent à travers l'orifice de perforation vient pointer le calcul stercoral responsable. Souvent également on le trouvera libre dans la cavité péritonéale, à côté de la perforation.

L'état de l'intestin avoisinant le diverticule perforé n'est pas sans intérêt. Lorsque la diverticulite est de date récente, le processus infectieux suraigu est localisé au diverticule : le chirurgien pourra réséquer le diverticule, enfouir le moignon, les fils ne couperont

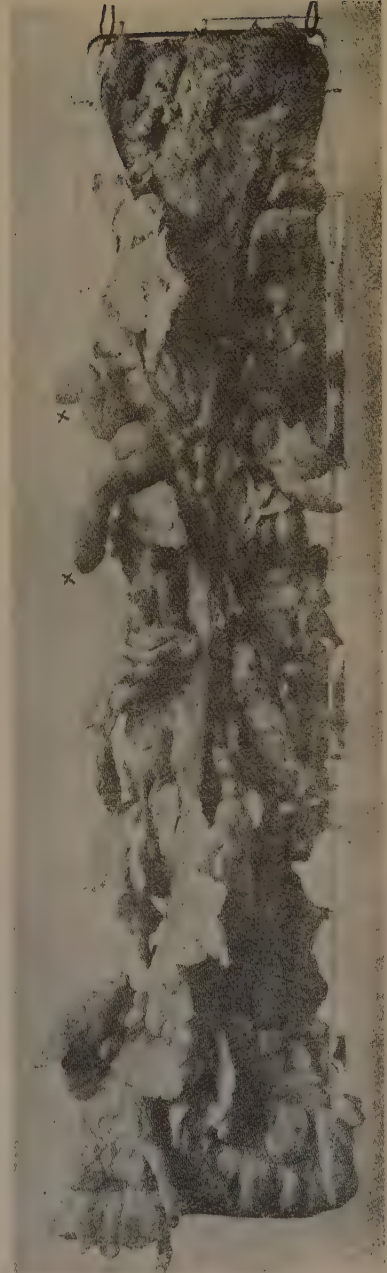


FIG. 7. — Sigmoïdite et péricolite diverticulaires. Abscès péri-sigmoïdien. Rupture secondaire. Péricolite généralisée. Mort (de Quervain, obs. n° 29).

pas sur le sigmoïde en bon état. Dans certains cas, au contraire, la perforation sera l'aboutissant d'une diverticulite très ancienne : l'intestin chroniquement enflammé est épaissi, cartonné, la fermeture de la perforation sera précaire pour ne pas dire impossible. L'extériorisation, si elle est praticable, s'offrira comme moyen de sauver le malade. En désespoir de cause il ne resterait que l'application possible d'un Mickulicz. Dans certains cas la péritonite généralisée n'est pas provoquée par l'ouverture directe du diverticule dans la cavité péritonéale, mais par la rupture secondaire d'un abcès péricôlique mal contenu par des adhérences péritonéales peu résistantes. Ainsi se trouvent réalisées de véritables péritonites en deux temps (fig. 7).

Microscopiquement, les lésions de perforation diverticulaire ne présentent rien de particulier : « Au niveau de la muqueuse les espaces interglandulaires sont bourrés de très nombreux polynucléaires et de globules rouges, englobés dans une substance amorphe formant ainsi une couche continue sur toute la surface de section de la muqueuse à la séreuse » (Mourre et Desbouis).

PÉRITONITES LOCALISÉES. — ABCÈS PÉRICÔLIQUES. — La suppuration prend son point de départ soit au niveau du diverticule, soit dans les tissus de péri-diverticulite. Ces abcès, limités par des adhérences péritonéales ou par les fascias anatomiques, sont de volume très variable, allant du petit abcès de la valeur d'un dé à coudre jusqu'au grand abcès contenant plu-

sieurs centaines de grammes de pus. Le siège de ces abcès est très variable. Il est tantôt extrapéritonéal, soit qu'il se soit développé entre les deux feuilletts du mésocôlon, soit qu'il ait pris naissance sur un point de circonférence cœlique normalement dépourvue de séreuse, à la face postérieure du côlon descendant par exemple. Plus souvent ces abcès sont péritonéaux ; leur siège varie naturellement avec le siège du diverticule. Dans la grande majorité des cas cependant ils sont situés à gauche, soit iliaques, soit pelviens, soit ilio-pelviens.

Ces dispositions anatomiques expliquent la fréquence avec laquelle ces abcès peuvent s'ouvrir spontanément dans la vessie avant tout, dans l'utérus, le vagin, l'intestin lui-même, laissant des fistules comme séquelles. Enfin les diverticulites peuvent provoquer des abcès à évolution très lente, avec grosses réactions fibreuses et très peu de pus. Ces abcès réalisent des formes ligneuses souvent très étendues pouvant bloquer tout le bassin.

TUMEURS INFLAMMATOIRES DIVERTICULAIRES. — Ces lésions se présentent macroscopiquement sous la forme d'une masse tumorale plus ou moins allongée. Les diverticules, points de départ de semblables lésions, sont très difficiles à voir, par la face externe tout au moins. Aussi, à l'ouverture de l'abdomen, pièce en mains, le diagnostic est-il souvent très délicat. Dans bien des cas, ce ne sera que l'existence de diverticules sains situés au voisinage de la tumeur qui mettra sur la voie du diagnostic. La sigmoïdite, car ces

tumeurs inflammatoires siègent presque exclusivement sur le côlon sigmoïde, peut se ramener à deux types anatomiques principaux :

La scléro-lipomatose et l'hypertrophie fibreuse, deux modes de réaction inflammatoire. Si ces processus restent purs, ils donnent deux types cliniques extrêmes : 1° une forme occlusive pure ; 2° une forme tumorale pure.

Mais en fait ces deux réactions sont toujours plus ou moins associées.

SCLÉRO-LIPOMATOSE. — Dans le cas de scléro-lipomatose sous-séreuse (fig. 8), on trouve dans la fosse iliaque gauche une masse qui présente l'aspect d'un bloc de graisse (Bensaude). Son volume est variable, de la taille du poing habituellement ; elle est arrondie ou allongée en boudin. Au point de vue des déductions chirurgicales, il est intéressant de préciser la longueur d'intestin habituellement intéressé. Sur 16 cas, Marxer trouve 8 diverticulites intéressant moins de 15 centimètres et 8 tumeurs dépassant 15 centimètres. De la tumeur se détachent des franges épiploïques particulièrement abondantes et hypertrophiées.

A la coupe, muqueuse, sous-muqueuse et musculuse ne sont pas modifiées. C'est le tissu sous-séreux, considérablement hyperplasié, qui forme la tumeur. « Il est constitué par une épaisse couche graisseuse que pénètrent et cloisonnent des travées fibreuses. Celles-ci rayonnent à partir de la séreuse notablement épaissie, si bien que le tissu sous-séreux semble bridé par ces deux tuniques qui l'entourent » (Bensaude).

Microscopiquement : « La muqueuse est peu modi-



FIG. 8. — Péri-diverticulite (pièce opératoire, Bensaude et Cain).

La tranche de section montre que la tumeur est constituée presque exclusivement par de la scléro-lipomatose. Dans la figure supérieure, un diverticule se creuse dans une frange épiploïque saillante. La figure inférieure montre les orifices diverticulaires à la surface de la muqueuse.

fiée. Il existe seulement une réaction œdémateuse autour des orifices diverticulaires. Une infiltration lymphoïde assez dense entoure le diverticule et dessine son trajet au niveau de la sous-muqueuse et de la musculieuse par ailleurs normales » (Bensaude et Cain).

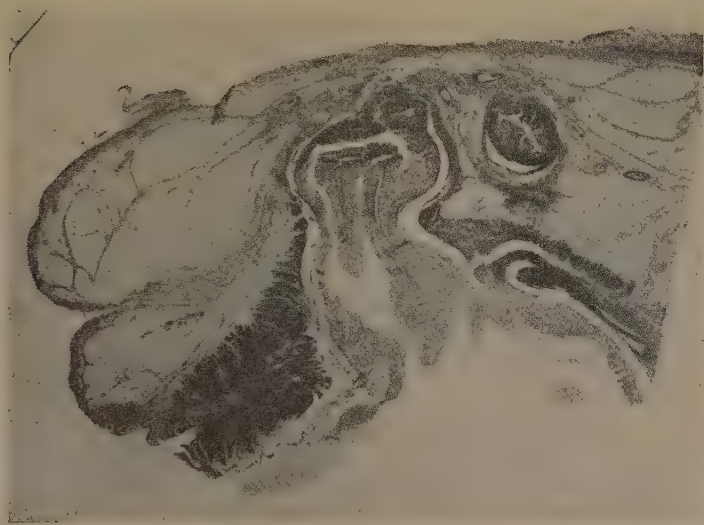


FIG. 9. — Diverticule et pérdiverticulite (Bensaude et Cain). Le diverticule passe à travers la musculieuse dont il entraîne quelques fibres. Il se ramifie, son fond est végétant. Il occupe la couche scléro-lipomateuse hypertrophiée, constituée par la sous-séreuse. A gauche, coupe transversale d'un deuxième diverticule.

Le tissu sous-séreux est formé par une épaisse couche adipeuse où existent des travées fibreuses. Dans cette couche adipeuse on remarque des traînées d'infiltration lymphocytaire concentrées autour des vaisseaux et particulièrement riches au voisinage des diverticules.

HYPERTROPHIE FIBREUSE. — Dans les cas d'hypertrophie fibreuse de la sous-muqueuse l'aspect de la tumeur est sensiblement différent. Elle est allongée, irrégulière, de coloration rougeâtre. Par contre la surface intestinale est beaucoup moins modifiée que dans les cas précédents ; on reconnaît à la surface les bandelettes côliques. Examinée par la face interne de l'intestin, la muqueuse est rougeâtre, tomenteuse, dissimulant les orifices diverticulaires. Les diverticules mêmes sont difficiles à découvrir car le fond du diverticule peut ne pas dépasser la musculieuse ou affleurer à peine la séreuse.

A la section transversale, séreuse et musculieuse apparaissent peu modifiées. Ce sont la muqueuse et la sous-muqueuse, hyperplasiées, fibreuses, dures, qui constituent la tumeur. Cette hypertrophie de la sous-muqueuse, de la muqueuse va réaliser assez souvent une diminution du calibre intestinal, une véritable sténose.

Microscopiquement les lésions prédominent sur la muqueuse et sur la sous-muqueuse : réactions adénomateuses au niveau de la muqueuse, hypertrophie des culs-de-sac glandulaires. Quant à la sous-muqueuse elle est hypertrophiée et formée presque uniquement de tissu fibreux.

LÉSIONS ASSOCIÉES. — Ces lésions prennent au point de vue chirurgical une très grande importance. Si, dans certains cas, l'intestin atteint de diverticulite peut être trouvé libre d'adhérences, parfaitement mobile, facilement extériorisable, la plupart du temps l'opé-

rateur ne se trouvera pas en face de conditions aussi favorables. Habituellement le côlon atteint de diverticulite aura contracté des adhérences à la paroi abdominale antérieure, aux anses voisines de l'intestin.

Les plus fréquentes sont sans doute les adhérences à la paroi postérieure et au dôme de la vessie. Tantôt il s'agira d'adhérences lâches de formation récente, tantôt d'adhérences anciennes, solides, organisées. Au cours des manœuvres de libération il ne sera pas rare d'ouvrir un petit abcès latent. La lésion la plus fréquente, pour ne pas dire constante, est la mésentérite rétractile. Elle est rencontrée dans presque toutes les interventions et entraîne souvent de grosses difficultés opératoires. Son origine est facilement expliquée par l'inflammation de voisinage ou quelquefois par une diverticulite elle-même intra-mésentérique. Cette mésentérite accompagne les formes anciennes et sévères de diverticulites. Mais elle peut s'observer dans la diverticulose ou les diverticulites atténuées n'ayant jamais donné de signes cliniques. C'est le cas de l'observation n° 5 où la malade était atteinte de crises de subocclusion dues à une éventration au niveau d'une cicatrice de laparotomie ancienne. Le lavement opaque avait montré des diverticules sigmoïdiens. Au cours de la laparotomie il a été presque impossible d'attirer le sigmoïde, collé contre la paroi pelvienne par de la mésentérite rétractile.

PATHOGÉNIE DE LA DIVERTICULOSE

Les théories pathogéniques de la diverticulose sont multiples. Elles se groupent en deux catégories : Pour certains auteurs, le diverticule est une lésion acquise ; pour d'autres, le diverticule est une malformation congénitale.

Nous insisterons cependant sur une troisième théorie qui semble avoir quelque peu passé inaperçue et que l'on pourrait appeler théorie mixte. Nous la résumerons ainsi : malformation ou tout au moins prédisposition congénitale, développement secondaire et tardif par un processus purement dynamique.

Théorie congénitale

« Il ne serait pas illogique d'admettre que ces diverticules, dits faux ou acquis, ne sont en réalité que des diverticules congénitaux de la paroi intestinale » (Pierre Duval). Cet auteur rapproche les diverticules des kystes juxta-intestinaux décrits par Terrier et Lecène. Ces kystes, eux, sont congénitaux, et Terrier et Lecène les rapportent soit à des débris du canal omphalo-mésentérique, soit à des pincements de la paroi musculaire au cours du développement. En fait la thèse qui fait du diverticule une lésion purement congénitale ne paraît pas acceptable.

Jamais, en effet, des diverticules du côlon ne furent trouvés à l'autopsie de nouveau-nés et si les diverticules ne sont pas exceptionnels chez les enfants, ils n'en restent pas moins très rares.

Des auteurs américains ont affirmé que chez certains mammifères, des rongeurs en particulier, des diverticules cœliques pouvaient exister à l'état normal. Ce serait là, on le conçoit, un gros argument en faveur de la théorie congénitale.

Nous n'avons pu confirmer ce point et nos recherches bibliographiques sont restées vaines à ce sujet. Nous avons interrogé les assistants du Professeur Antony, du Muséum; et M. Wintrebert, l'éminent professeur à la Sorbonne, a bien voulu nous accorder un entretien. Mais jamais ces hommes de science n'ont observé, ni vu signalés des diverticules cœliques chez l'animal. Il semble donc que l'on ne puisse faire état, pour l'instant, de l'opinion des auteurs américains.

Théorie glandulaire

Cette théorie a été défendue autrefois par Zielgen (1894). Cet auteur avait remarqué à l'autopsie de vieillards qu'il existait des fragments de matière fécale fortement incrustés dans la muqueuse cœlique. Ces parcelles fécales siégeaient au niveau d'un orifice glandulaire dilaté. Zielgen avait pensé qu'il pouvait se faire ainsi une sorte de kyste fécal, de kyste par inclusion, qui pouvait donner naissance au diverticule. Cette théorie ne repose que sur une hypothèse qui n'a été confirmée par aucune des recherches anatomo-pathologiques publiées.

Théories mécaniques

Tout comme pour l'œsophage, on a décrit au niveau du côlon des diverticules de traction et des diverticules de pulsion.

DIVERTICULES DE TRACTION. — Certains auteurs ont pensé que les diverticules du côlon pouvaient être dus à des tractions par les organes voisins. Birch-Hirschfeld a observé un cas où chaque diverticule était rattaché par son sommet au mésentère par l'intermédiaire d'une adhérence. Dans deux cas de Hansemann les diverticules étaient dus à la traction exercée par un angiome et un myome. Mauwerk rapporte un cas semblable. Enfin certains auteurs américains pensent que les diverticules sont dus à la traction exercée sur l'intestin par des franges hypertrophiées et chargées de graisse. En fait nous verrons au chapitre de Radiologie qu'il est assez fréquent de voir des adhérences créer au niveau du côlon de faux diverticules. Ce sont des diverticules tout à fait irréguliers, grossiers dans leur forme, et dus à l'existence simultanée de bandes de sclérose comprimant irrégulièrement le côlon et d'adhérences de périviscérite attirant une portion de la paroi côlique. Ces formations existent avec prédilection au niveau de l'angle hépatique du côlon là où se constate la plus fréquente des périviscérites: celle du carrefour duodénovésiculaire.

Mais la théorie qui veut que tous les diverticules soient des diverticules de traction n'explique pas l'existence de diverticules à l'intérieur des mésos ni celle de diverticules libres en dehors des franges épiploïques, pas plus d'ailleurs que les diverticuloses où on voit des multitudes de diverticules libres de tout contact avec d'autres organes. Enfin la constatation des diverticules microscopiques et celle de l'état prédiverticulaire infirment également cette théorie.

DIVERTICULES DE PULSION. — La formation des diverticules par un mécanisme de pulsion nécessite évidemment deux processus : une augmentation de la pression intra-intestinale, une diminution de résistance de la paroi. Chacune de ces éventualités peut être suffisante. Les auteurs qui défendent cette théorie s'appuient sur des éléments d'ordre différent :

Arguments étiologiques : Les diverticules s'observent habituellement à un âge relativement avancé, chez des malades constipés depuis longtemps.

Arguments cliniques ou nécropsiques : Ils consistent essentiellement dans la découverte de diverticules au-dessus des sténoses intestinales, ces sténoses étant de causes diverses : fibrome, cancer du rectum dans le cas de Lockhart-Mumery et dans celui de Lecène et Bensaude, cancer du sigmoïde chez le malade de Grey Turner, cancer du côlon dans le cas de Cade Martin et de Mourgues. Enfin cette thèse de l'augmentation de la pression intra-intestinale explique également la prédominance des diverticules sur le côlon sigmoïde qui est en effet un côlon de stase où la pression se trouve augmentée par la dilatation même de cet organe et par la constipation. Ces auteurs ont demandé confirmation de leurs théories à l'expérimentation : Helsh, Hanau, Hansemann seraient arrivés à reproduire des diverticules en insufflant des côlons de cadavres. En réalité ces divers arguments n'entraînent pas la conviction. S'il est exact que les diverticules du côlon s'observent chez les sujets âgés, on les trouve également chez des sujets relativement jeunes et même chez des enfants. Si les diverticules

devaient s'observer chez les individus constipés, la diverticulose devrait être bien plus fréquente chez les femmes. Or toutes les statistiques sont formelles à cet égard : les diverticules s'observent deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme.

La constatation de diverticules au-dessus d'une sténose intestinale n'est pas un argument de valeur, si l'on veut évoquer le nombre de cancers ou de rétrécissements du rectum, et celui de compressions intestinales de toutes sortes qu'il est donné d'observer, sans qu'il ne soit découvert de diverticules côliques en amont de ces points de stase. Enfin les travaux d'expérimentation mêmes n'ont pas l'importance que leur ont attribuée leurs auteurs. « Les essais de distension artificielle de l'intestin n'ont aucune valeur car l'intestin de cadavre se comporte d'une façon toute différente de l'intestin du vivant. De plus la distension trop brusque ne saurait être assimilée à la distension graduelle » (Patel). Ces expériences ont été reprises par Beer et Chlumsky qui n'ont pu confirmer les résultats obtenus par Hanau ou par Hansemann.

DIVERTICULES DE FAIBLESSE. — Les diverticules seraient dus à l'existence d'un point faible de la paroi intestinale. Ce seraient les diverticules « de faiblesse ». Tous les auteurs qui ont défendu ce point de vue admettent l'existence d'un point faible de la paroi, à la pénétration des vaisseaux de l'intestin, des veines en particulier. Pour Graser les diverticules s'engagent dans les orifices de sortie des veines intestinales préalablement distendus par la stase veineuse. Cette explication ne semble pas admissible. La stase

veineuse dans le système mésentérique est de constatation journalière : ne serait-ce que dans les cirrhoses hépatiques où la coexistence de diverticules cœliques aurait été souvent remarquée à l'occasion des examens nécropsiques. Drummond Hamilton a ainsi examiné toute une série de cadavres de vieillards décédés de maladie de cœur avec stase veineuse importante. Aucun de ces sujets n'était porteur de diverticules. Pour Suduski l'élargissement du canal veineux tient à la disparition de la graisse qui accompagne le pédicule vasculaire. Il faudrait donc admettre que chez des sujets obèses, à la suite d'un régime amaigrissant ou d'une maladie intercurrente, le tissu graisseux intestinal ait diminué d'une manière excessive, agrandissant le canal veineux et permettant la hernie muqueuse qui constituera le diverticule.

Kahn admet toujours l'existence du canal vasculaire. Il explique la formation du diverticule par l'augmentation de la tonicité musculaire de l'intestin et surtout de celle des muscles de la paroi abdominale. Cette contraction des muscles abdominaux force l'intestin sur son contenu. Il se forme une évagination de la muqueuse intestinale au niveau du point faible de la paroi. En définitive il s'agirait plutôt d'une véritable hernie de force. Cette théorie est certes ingénieuse. Elle a le mérite d'expliquer la plus grande fréquence des diverticules chez l'homme comme le proclament toutes les statistiques. Par contre elle fait jouer un rôle considérable à la tonicité musculaire, alors que les diverticules sont surtout observés chez des sujets âgés présentant une musculature en voie

d'affaiblissement. De plus ces trois théories admettant toutes l'existence d'un point faible au niveau du canal veineux, n'expliquent pas l'existence de diverticules mésentériques ni celle de diverticules situés sur la partie du côlon opposée au bord mésentérique. Dans ces deux cas il n'y a pas existence de canaux veineux. D'autre part l'existence même du canal vasculaire a été niée par certains auteurs qui, étudiant la vascularisation de l'intestin normal, nient la présence de vaisseaux perforants d'un certain calibre.

En conclusion, on voit donc que, si dans certains cas les diverticules sont manifestement des diverticules de traction, il faut admettre que dans l'immense majorité des cas il s'agit de diverticules de pulsion.

Ces diverticules de pulsion exigent deux ordres de faits pour pouvoir se produire : d'abord l'augmentation de la pression intestinale — elle semble souvent réalisée, par l'âge d'apparition des diverticules et l'existence habituelle de longs antécédents de constipation, par la localisation du diverticule sur le côlon sigmoïde, côlon de stase. Mais la pulsion ne suffit pas. Il faut en outre une diminution de la résistance de la paroi en un point quelconque. Cet affaiblissement de la paroi intestinale en un point porte uniquement sur la couche musculaire, soit qu'il y ait écartement de fibres laissant passer le diverticule muqueux (il n'y a pas de fibres musculaires à la surface du diverticule), soit qu'il y ait affaiblissement des fibres musculaires qui se laissent distendre et refouler.

Eichorn pensait que cet affaiblissement de la paroi pouvait être du à une malformation congénitale. Beer,

dans un article très documenté sur les diverticules du tractus digestif et urinaire, juge que dans de nombreux cas les diverticules sont dus à une disposition congénitale. Nous partageons cette manière de voir et ceci pour plusieurs raisons.

Théorie mixte

Seule la prédisposition congénitale peut expliquer la fréquence remarquable de la diverticulose dans la race anglo-saxonne. Nous ne pensons pas en effet, comme le croyait Giffin, que ce soit l'abus des purgations, ni l'abus des viandes rouges et saignantes qui puissent expliquer cette prédominance. Dans certains cas on trouve même un caractère familial à la diverticulite. Willian rapporte l'histoire de deux sœurs qu'il a opérées toutes deux de perforation diverticulaire. La prédisposition congénitale serait également une explication plausible à la fréquence paradoxale des diverticules dans le sexe masculin. Cette prédominance est en effet assez curieuse puisque la constipation est manifestement plus fréquente chez la femme que chez l'homme. A cause du rôle vraisemblable de cette infirmité dans la pathogénie de la diverticulose il eût été plus naturel de trouver les diverticules chez la femme plus fréquemment que chez l'homme.

DIVERTICULES ET MALFORMATIONS CONGÉNITALES. — Des malformations peuvent porter sur l'intestin lui-même. La coexistence fréquente de malformations congénitales et de diverticules côliques serait à notre avis un argument en faveur de cette théorie.

Normann Corkill (Obs. 2) rapporte le cas d'une

femme de 51 ans chez qui on intervint pour lithiase vésiculaire. A l'opération, on constate de nombreux diverticules du côlon qui ne s'étaient pas manifestés jusqu'alors par une symptomatologie intestinale. Cette diverticulose coexistait avec une anomalie de rotation de l'intestin grêle et du côlon. Rolleston (Obs. 3) rapporte l'histoire d'une femme de 71 ans qui meurt de péritonite : à l'autopsie on trouve une perforation du diverticule côlique coexistant avec un diverticule de Meckel.

Papayoannou publie, au Congrès international du Caire en 1928, le cas d'un diverticule du sigmoïde coexistant avec un vice de conformation grave des canaux de Müller. Nous rapportons deux observations inédites (Obs. 6 et 80) où les diverticules côliques étaient associés à des diverticules de vessie de type congénital. Un de ces malades était de plus porteur d'un hypospadias balanique et d'un rétrécissement non acquis de l'urètre. Il devait mourir, quelques années après que fut découvert sa diverticulite, d'un cancer du rectum (Obs. 80). L'observation la plus curieuse est sans doute celle que nous a aimablement communiquée notre maître et ami le Docteur Hillemand. Sa malade réunissait les 3 localisations des diverticules sur le tractus digestif : un diverticule du pharynx, un diverticule duodénal, et deux diverticules sygmoïdiens (Obs. 1). Certes il se peut qu'il ne s'agisse là que de simples coïncidences. Mais cette association de diverticules côliques et de diverticules intestinaux ou vésicaux, cette « maladie diverticulaire » est malgré tout assez évocatrice d'une origine congénitale. On

pourrait donc admettre que la formation des diverticules soit la suivante : Il existe congénitalement au niveau de la paroi cœlique un point faible, une prédisposition. A une certaine époque de la vie, sous l'influence de l'augmentation de la pression intestinale, ou sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux, s'amorce un diverticule. Cette lésion une fois constituée, les mêmes causes qui ont contribué à sa formation contribuent à son développement.

Obs. 1 (inédite) communiquée par le D^r HILLEMAND. — *Diverticules simultanés de l'œsophage, du duodénum et du sigmoïde.*

Mme S..., 53 ans.

Depuis 15 ans, diarrhée après les repas ; douleurs abdominales. Ni sang, ni glaires dans les selles. Depuis 3 ans elle est soignée pour appendicite. L'examen clinique et radiographique révèle : un diverticule de la partie moyenne de l'œsophage, un diverticule du deuxième duodénum et deux diverticules du côlon sigmoïde.

Obs. 2. — *Diverticules et malformations intestinales.* — NORMANN CORKILL (*Brit. Med. Journ.*, 29 janvier 1927, page 184).

L'auteur rapporte le cas d'une femme de 51 ans, opérée en 1912 :

1° Stomie vésiculaire pour calcul ; 2° Six mois après, kyste hydatique du lobe gauche du foie.

A cette époque, un lavement opaque révèle des diverticules du sigmoïde. Jaunisse en 1926. Intervention (G.C.E. Simpson). Cholécystectomie, appendicectomie. Très nombreux diverticules (plusieurs centaines) de la taille d'un pois à celle d'une cerise, du type acquis, c'est-à-dire formés de muqueuse évaginée à travers la musculuse. Pas d'inflammation. On n'y touche pas, la malade ne présentant aucun signe digestif. Coexistence d'un arrêt de rotation de l'intestin grêle : le duodénum, avec, à sa partie interne l'artère mésentérique,

décrivait une double courbure en forme de S sur la tête du pancréas ; l'angle duodéno-jéjunal était au point de Mac Burney ; le cæcum était légèrement à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Obs. 3. — *Diverticules sigmoïdes et diverticule de Meckel.*

— ROLLESTON (*The Lancet*, 1^{er} avril 1905).

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme âgée de 71 ans qui vient avec une hernie crurale et des phénomènes abdominaux. Opération. Mort.

L'autopsie révèle un abcès péritonéal autour de nombreux diverticules de l'S iliaque dont l'un est perforé : coexistence d'un diverticule de Meckel.

Se reporter également aux observations 6, page 61, et 80, page 105, concernant deux malades atteints de diverticules côliques coexistant avec des diverticules vésicaux.

PATHOGÉNIE DE LA DIVERTICULITE

Si la pathogénie de la diverticulose reste, malgré tout, assez mystérieuse, et le nombre même des théories proposées en est une preuve, les raisons de l'inflammation du diverticule — la diverticulite — sont beaucoup plus faciles à concevoir.

« Les diverticules prolongent la cavité intestinale et réalisent des recoins dans lesquels l'infection trouve des conditions éminemment favorables à son développement » (Patel). En effet le diverticule est en communication avec le milieu intestinal, toujours septique. L'orifice de communication du diverticule avec la lumière intestinale est souvent très étroit ; le diverticule va pouvoir dans certaines conditions réaliser un véritable « vase clos » où s'exaltera la virulence des microbes et des toxines. Cette infection pourra franchir la barrière péritonéale et donner une péritonite généralisée ou localisée suivant les circonstances. Le diverticule étant une émanation de la paroi intestinale, l'infection se propagera aux tuniques côliques elles-mêmes, réalisant des sygmoïdites, des péri-côlites.

RÔLE DES CORPS ÉTRANGERS. — L'infection et la propagation de cette infection seront grandement favorisées par les corps étrangers contenus dans les diverticules. Le plus fréquent de ces corps étrangers est le calcul stercoral. Son volume est variable, moulé habituellement sur les parois du diverticule. Il est souvent très dur. Sa présence à l'intérieur du diverticule y

entraîne des ulcérations muqueuses éminemment favorables à la propagation de l'infection diverticulaire.

Ce coprolithe est, en général, l'agent responsable des perforations. Il est la cause habituelle des gangrènes de la mince paroi qui sépare la cavité diverticulaire de la cavité péritonéale. Au cours des péritonites il est extrêmement fréquent de trouver ce coprolithe libre dans la cavité péritonéale auprès de la perforation dont il est responsable. Le rôle des calculs stercoraux dans la diverticulite mérite d'être rapproché de celui qu'ils jouent dans l'appendicite. Mais comme l'a fait remarquer Swynghedauw : « Tandis que l'appendice possède une musculature propre dont les contractions péristaltiques peuvent chasser vers le cæcum les boulettes fécales qu'il contient, le diverticule au contraire, qui est constitué par une véritable hernie de la muqueuse à travers les fibres de la musculature dissociée, n'est doué d'aucune espèce de contractilité. Il constituera donc un réceptacle passif parasité par un fécalome dont le volume augmentera peu à peu et dont l'expulsion sera impossible par manque de propulsion d'une part, et d'autre part parce que la déhiscence musculaire qui lui a primitivement livré passage s'opposera, par sa rétractilité et par sa disproportion, à sa chute dans la lumière du côlon ».

En dehors des calculs stercoraux, il est possible de trouver d'autres corps étrangers, responsables d'accidents diverticulaires.

Bland Sutton en 1903 rapportait déjà un cas de fragment de paille contenu dans un diverticule.

Cameron Rippman (Obs. 103), rapporte le cas d'une péritonite généralisée mortelle qu'avait provoquée une arête de poisson perforant le diverticule.

RÔLE DES PARASITES. — Il est logique en outre de penser que dans certains cas ces corps étrangers pourraient être des parasites intestinaux : tricocéphales, oxyures. Cependant dans aucune des observations que nous avons relevées ces parasites n'étaient incriminés. Il serait peut-être intéressant de les rechercher systématiquement sur les pièces prélevées au cours des interventions ou au cours des autopsies.

Signalons cependant l'association de diverticules avec des parasitoses : amibe, lamblia.

RÔLE DES TRAUMATISMES INTESTINAUX. — A côté du rôle des corps étrangers il nous faut insister sur le rôle des traumatismes dans la pathogénie des diverticulites. Le plus fréquent d'entre eux sera un « traumatisme interne » : la purgation. Cette purgation aura souvent des conséquences dramatiques. Nous avons relevé plusieurs observations de péritonites généralisées secondaires à cette thérapeutique intempestive.

Le malade de Brewer (Obs. 34) et celui de Wheeler (Obs. 19) ne présentaient que quelques signes abdominaux sans gravité apparente. A la suite d'une purgation survint une péritonite généralisée rapidement mortelle. Le malade de Malcom Taylor mourut de péritonite en deux temps dont le deuxième temps avait été provoqué par une purgation. « Survient la purgation absurde et la catastrophe est obtenue. Il ne faut cesser de signaler et de flétrir cet abominable réflexe

de la purge, si fréquent encore et qui tue des malades » (Mondor : *Diagnostics urgents*).

Dans la pathogénie des péritonites on doit incriminer, plus rarement que la purgation, le lavement. Ceci légitime les précautions qu'il faudra prendre quand on pratiquera un lavement opaque chez un malade soupçonné ou atteint de diverticulite. Et quelquefois en dépit de toutes précautions surviendra une perforation diverticulaire. Si dans le cas de Senett (Obs. 15) la péritonite n'apparaît que trois jours après le lavement opaque, dans le cas de notre Maître Lardennois (Obs. 67) la baryte est retrouvée dans le péritoine. Le liquide avait rompu des adhérences obturant une fistule colo-iléale et ce n'est que grâce à une intervention immédiate que le malade fut sauvé.

Dans certains cas, un simple excès alimentaire, une erreur de régime, suffit à provoquer une poussée de diverticulite. La malade de l'observation 51 fit une poussée de diverticulite pseudo-occlusive à la suite d'excès alimentaires. Celui de Cain et Bridgmann (Obs. 11) fit sa poussée aiguë après un repas anormalement abondant.

Enfin les surmenages de toutes sortes, les voyages et surtout les voyages en automobile, peuvent être le point de départ d'une poussée de diverticulite. Notre observation 104 concerne un malade dont les occupations professionnelles l'obligeaient parfois à de longues randonnées en automobile. A la suite de chacune d'elles la diverticulite dont il souffrait subit une exacerbation. Le malade de l'observation 40, que le Doc-

teur Bergeret a opéré de sigmoïdite suppurée, était un cavalier émérite. Après chaque chevauchée un peu longue il souffrait vivement de sa fosse iliaque gauche.

Cette susceptibilité des malades aux chocs répétés qu'entraînent les secousses est des plus nettes. Elle rappelle assez celle des lithiasiques rénaux. La fréquence des coprolithes à l'intérieur des diverticules ne fait-elle pas de ces malades de véritables « lithiasiques intestinaux » ? Et Roux de Lausanne, dans les diagnostics douteux d'appendicite chronique, n'ordonnait-il pas à ses malades une course en voiture ou à cheval pour provoquer la souffrance de leur appendice ? Quelquefois un traumatisme de la paroi peut révéler une diverticulite latente : Ballin constate chez un malade les premiers symptômes d'une diverticulite (Obs. 32) au lendemain d'un accident d'automobile qui l'avait violemment contusionné au niveau de l'hypocondre gauche.

INFECTIONS ASSOCIÉES. — Nous ne terminerons pas ce chapitre sans signaler la possibilité de trouver chez ces malades des infections associées. Sept sur huit des malades de Bensaude étaient des syphilitiques mal traités. Le malade de Monsarrat (Obs. 48) est opéré d'un abcès péri-sigmoïdien qui laisse persister une fistule intestinale : le Wassermann est doublement positif. Le malade de l'observation 6 souffre d'une diverticulite : au cours de la guerre il avait contracté une amibiase intestinale et pendant de longues années s'était plaint de dysenterie chronique. Un malade de notre maître, le Docteur Hillemand, souffre d'une dy-

senterie amibienne chronique ; il est également porteur de diverticules cœliques..

A l'heure actuelle il est cependant impossible de déterminer à laquelle de ces deux affections, syphilis ou amibiase, peut revenir le rôle prépondérant dans la pathogénie des diverticulites.

SYMPTOMATOLOGIE

DIVERTICULITES A POUSSEES SUCCESSIVES

La diverticulite à poussées successives représente l'aspect clinique habituel des diverticulites. Ces poussées plus ou moins aiguës sont séparées par des périodes d'amélioration, de refroidissement auxquelles correspondent des jours de bien-être relatif.

Cette alternance d'aggravations et d'améliorations se poursuit avec un rythme des plus variables. Nous allons étudier successivement la crise diverticulaire et les périodes intercalaires.

LA CRISE DIVERTICULAIRE

La crise diverticulaire survient souvent sans cause apparente chez un sujet en excellente santé, vierge d'un passé digestif bien précis. Ordinairement, cependant, on retrouve à l'interrogatoire des malades des troubles côlitiques faits de troubles digestifs, de douleurs dans la fosse iliaque gauche, d'irrégularités de l'évacuation intestinale : C'est là le tableau de la diverticulite fruste. Habituellement la crise diverticulaire survient à la suite d'un surmenage, d'un excès alimentaire, d'une purgation. Nous avons vu qu'il s'agissait là de facteurs d'aggravation des diverticulites.

DÉBUT. — La crise, sans avoir le début explosif de certaines diverticulites aiguës graves, éclate en géné-

ral rapidement. En douze ou vingt-quatre heures, le tableau clinique se réalise au complet.

ETAT. — On peut le schématiser ainsi : douleur dans la fosse iliaque gauche et constipation, existence de signes infectieux atténués, perception d'un côlon sigmoïde douloureux en tuyau de caoutchouc.

DOULEUR. — La douleur est le signe fonctionnel dominant. Elle est spontanée et son intensité est très variable : souvent très vive, lancinante, avec une sensation de distension particulièrement pénible. Elle était très intense chez notre malade de l'observ. 119 où « la douleur était extrêmement vive, pongitive, le malade, courbé en deux, se tordant de douleur, couvert de sueur, souffre pendant quatre heures. Seule une piqûre de morphine va le soulager ».

Habituellement le tableau douloureux est moins dramatisé. Le malade se plaint d'un endolorissement profond ; d'une pesanteur assez pénible. Le patient de l'observation 7 se plaignait d'avoir « comme un poids de cent kilos dans le ventre ». Assez souvent ces manifestations douloureuses donnent la sensation d'une réplétion cœlique exagérée et le malade a l'impression vaine qu'une exonération le soulagerait. La douleur peut rester strictement localisée à la fosse iliaque gauche. Mais habituellement les manifestations douloureuses présentent des irradiations descendantes. La douleur peut s'étendre vers l'intestin terminal et s'accompagner de contractions spasmodiques du sphincter anal. Chez le malade de l'observation 6 le spasme ano-rectal était tellement vif que la recto-

scopie ne put être pratiquée. Plus souvent la douleur irradie vers les organes génitaux urinaires : soit vers les organes génitaux externes, le penis, le testicule gauche comme chez le malade de Bensaude (Obs. 7), soit vers la vessie avec ténesme et dysurie.

L'horaire de ces douleurs est assez variable. Elles n'évoluent pas d'une manière continue mais surviennent par crises de durée variable alternant avec des accalmies. Ces crises sont souvent réveillées par les efforts de défécation. Elles peuvent également survenir après cet acte ; il s'agit alors d'une sensation d'exonération incomplète. Spriggs et Marxer ont insisté sur ce type de sensations. Dans certains cas enfin elles sont absolument comparables à des crises coliques, avec gargouillements et bruits hydro-aériques perceptibles à distance.

TROUBLES DE L'ÉVACUATION INTESTINALE. — Les crises douloureuses sont accompagnées de troubles de l'évacuation intestinale : la constipation est habituelle. Elle est souvent très marquée et le malade reste, les trois ou quatre jours que dure sa crise, sans avoir d'évacuations. Si dans la majorité des cas les gaz continuent à passer, il n'est pas rare d'en observer également l'arrêt. Comme on peut constater simultanément des vomissements ou tout au moins des nausées, il se trouve ainsi réalisé un syndrome pseudo-occlusif. Mais si, à l'examen, on peut noter un certain degré de ballonnement abdominal généralisé, on ne trouve ni signe de Von Wahl, ni mouvements anti-péristaltiques. Dans certains cas la constipation manque, elle est remplacée par une diarrhée abondante. Mais en

général cette diarrhée ne survient qu'après une période de constipation. Son apparition coïncide habituellement avec une amélioration des signes fonctionnels et généraux et elle réalise alors une véritable débâcle. Elle est constituée par des selles liquides très fétides dans lesquelles on retrouve des matières anciennes durcies, fragmentées, ovillées. Il n'est pas exceptionnel, au moment de la débâcle diarrhéique, d'observer l'existence de décharges purulentes dans les selles. Mélangées aux selles liquides elles passent le plus souvent inaperçues. Quelquefois ces décharges purulentes sont isolées, elles sont alors remarquées, comme c'est le cas du malade dont Bensaude rapporte l'histoire (Obs. 120). A la suite d'une purgation, il rendit à trois reprises, par l'anus, environ une cuillerée de pus vert et épais. Ces décharges purulentes, peu abondantes en moyenne, sont dues à l'évacuation par l'intestin de véritables abcès intradiverticulaires qu'il ne faudrait pas confondre avec la brusque décharge purulente que donne l'évacuation par l'intestin d'un gros abcès péricôlique (Obs. 42). Chez le malade du Docteur Lardennois (Obs. 8), on avait été frappé par l'existence dans les selles de petites boulettes blanchâtres. Elles étaient parfaitement arrondies, de la taille d'un grain de raisin. Le médecin traitant avait pensé qu'il pouvait s'agir d'hydatides ; l'analyse montra qu'il ne s'agissait que de boulettes de fibrine. Un lavement opaque révéla l'existence de diverticules côliques. Peut-être faut-il voir dans ces formations fibreuses de véritables moules des cavités diverticulaires.

Au cours des diverticulites l'hémorragie n'est pas exceptionnelle. En tout cas elle est beaucoup moins rare qu'il est classique de le dire. De toute façon ce n'est pas l'existence d'une hémorragie intestinale qui devra infirmer le diagnostic de diverticulite. Toujours de sang rouge, cette hémorragie, quand elle est suffisamment abondante, survient en dehors des exonérations. Elle peut être très abondante, comme dans l'observation de Bensaude et Pauchet (Obs. 96^{bis}) où, par crainte d'un cancer intestinal, le chirurgien intervint : il existait de nombreux diverticules du côlon descendant dont chacun était occupé par un calcul stercoral. « L'un des calculs diverticulaires était gros comme un œuf de pigeon avec réaction inflammatoire. Après incision de l'intestin — par crainte d'un cancer — on constate que les lésions sont purement inflammatoires : muqueuse lisse et ecchymotique. Fermeture de l'intestin. Ablation des calculs. Guérison. Depuis cette date les hémorragies ne se sont pas reproduites ».

Plus souvent la perte de sang est beaucoup moins importante. Notre malade de l'observation 104 a fait deux poussées douloureuses accompagnées d'hémorragies dont la durée fut pour chacune de quatre à cinq jours.

Le malade du Docteur Lardennois (Obs. 8) avait émis la valeur d'un verre à liqueur de sang rouge. Il est vrai que ce malade, âgé de 73 ans, avait une tension artérielle maxima de 20 qui fut la cause possible de l'hémorragie. La perte de sang peut être minime, elle se produit alors mélangée aux matières et, à l'encontre de ce qui est dans les hémorragies hémorrhœ-

daires, elle ne précède ni ne suit l'émission du bol fécal.

SIGNES URINAIRES. — Les signes urinaires vont constituer, associés aux douleurs et aux troubles de l'évacuation intestinale, un excellent symptôme de diverticulite sigmoïdienne.

La symptomatologie est en règle générale vésicale. Le malade se plaint de pollakiurie diurne et nocturne, de dysurie, de ténésme vésical. Cette riche symptomatologie subjective contraste avec l'absence de signes objectifs de cystite, car les urines sont claires, sans microbes, ni pus. A l'examen cystoscopique, la muqueuse vésicale est saine. Cette séméiologie vésicale n'est pas constante, mais elle est très fréquente, en particulier chez l'homme. Elle peut, dans certains cas, dominer le tableau clinique et créer ainsi de véritables formes urinaires de la diverticulite sigmoïdienne. Il faut noter que ces signes vésicaux existent en dehors de toute menace de fistulisation colo-vésicale. Ils trouvent leur explication dans le voisinage de la paroi postérieure de la vessie et du côlon sigmoïde plus ou moins enflammé.

ETAT GÉNÉRAL. — Au moment de la crise diverticulaire, l'état général du malade n'est que relativement peu atteint. La douleur peut entraîner une insomnie assez marquée et la diète absolue, un amaigrissement assez rapide. Si les crises se succèdent à intervalles rapprochés, elles peuvent amener le malade à un état de dénutrition et de faiblesse assez inquiétant.

SYNDROME INFECTIEUX. — En règle générale il existe un syndrome infectieux caractérisé. Les hautes tem-

pératures à 39°5 et 40° sont rarement observées. Les poussées fébriles ne dépassent pas 38° ou 38°5 avec quelquefois des clochers à 39°. L'évolution de la courbe thermique suit sensiblement l'évolution des signes fonctionnels ; la défervescence s'observe ordinairement au moment de la débâcle diarrhéique qui accompagne l'amélioration de la crise. Le pouls ne présente aucun caractère particulier. La formule sanguine est celle d'une infection subaiguë à côté d'une anémie légère. Une formule leucocytaire, aux environs de 10 à 15.000 globules blancs est la plus fréquente. Tout comme la courbe de température la courbe leucocytaire a un intérêt pronostic certain : elle baisse régulièrement lors de l'amélioration. Au contraire une brusque poussée de leucocytose doit faire craindre l'apparition d'une complication suppurative. Ces signes infectieux manquent rarement. Ils sont cependant très atténués dans certains cas. Notre Maître Cain (Obs. 10) rapporte l'histoire d'une diverticulite à poussées successives où la température n'avait jamais dépassé 37°6, tandis que l'état général du malade avait été assez atteint pour entraîner une perte de poids de quatre kilogrammes.

SIGNES PHYSIQUES. — Au cours d'une poussée diverticulaire, l'examen du malade révélera des signes d'inflammation atténuée du côlon sigmoïde : augmentation de volume, douleur à la palpation, sensation de résistance de l'intestin spasmé.

Le côlon sigmoïde est habituellement perceptible sous la forme d'une tuméfaction allongée siégeant dans la fosse iliaque gauche. Son volume est variable.

Tantôt il s'agit d'une simple augmentation de volume où l'on a l'impression de palper un sigmoïde un peu plus gros que normalement. Tantôt il s'agit d'une véritable tumeur régulière, allongée en boudin. Cette tuméfaction possède ordinairement des limites latérales assez nettes; son extrémité inférieure se perd dans la cavité pelvienne; son extrémité supérieure remonte plus ou moins haut sur le côlon descendant.

Il est du reste difficile de faire le départ de ce qui, dans cette tuméfaction, revient au spasme, à l'inflammation côlique et péricôlique, aux matières retenues dans le sigmoïde.

La tuméfaction est en général peu mobile dans le sens transversal; cette recherche sera du reste rendue difficile par l'existence d'une douleur toujours assez vive à la palpation. Nettement localisée à la zone sigmoïdienne enflammée, la douleur est réveillée par la palpation directe et prudente du sigmoïde, mais on peut la provoquer à distance également par la pression d'une zone éloignée de l'abdomen.

Cette réaction douloureuse entraîne un certain degré de défense de la paroi musculaire de la fosse iliaque gauche. Il ne s'agit pas — nous insistons sur ce point — d'une contracture vraie, mais d'une simple défense volontaire. La mise en confiance du malade, un examen doux et patient auront raison de cette pseudo-contraction.

On peut assez souvent, par le toucher rectal, atteindre, à travers la paroi antérieure du rectum, la partie inférieure enflammée du sigmoïdien. On sent alors, à bout de doigt, une zone empâtée et doulou-

reuse. Le toucher vaginal donnerait les mêmes renseignements par l'exploration du Douglas.

EVOLUTION. — Dans certains cas, les plus rares, la crise diverticulaire va s'aggraver. Cette aggravation peut apparaître spontanément. Plus souvent elle survient à la suite d'une erreur thérapeutique : purgation, reprise intempestive de l'alimentation. La crise diverticulaire devient alors « diverticulite aiguë grave ». Nous n'en ferons pas ici la description clinique qui sera l'objet d'un chapitre séparé. Bornons-nous à en indiquer les signes d'alarme, reprise de la température, reprise des vomissements, altération subite de l'état général, traits tirés, joues creusées. Simultanément il se réalise des modifications dans les signes physiques abdominaux. Tantôt la tuméfaction sigmoïdienne s'étale, devient diffuse ; il se forme un véritable plastron comparable à celui de l'appendicite. Tantôt (et c'est là l'éventualité la plus grave), apparaissent des signes de diffusion de l'infection à la grande cavité péritonéale. Le premier et le meilleur de ces signes sera la contracture abdominale. C'est dire l'intérêt qu'il y a, chez un malade en poussée de diverticulite, à surveiller, à chaque examen, les modifications des signes physiques et à rechercher systématiquement les signes d'une aggravation qui peut conduire, comme nous le verrons plus tard, à la formation d'abcès, de phlegmons, de fistules, etc., etc. Ces éventualités sont heureusement relativement rares, et le plus souvent, sous l'influence d'un traitement médical bien conduit, la crise va « refroidir ».

LES PERIODES INTERCALAIRES

Pendant les périodes intercalaires la maladie n'est pas absolument silencieuse. Il existe une symptomatologie atténuée fruste, qui attirera l'attention et permettra souvent, avec l'aide de la radiographie, de faire le diagnostic de diverticulite.

PHÉNOMÈNES DOULOUREUX. — Le malade ne souffre pas mais se plaint d'une gêne, d'une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque gauche. Les auteurs anglais disent « discomfort ». Cette sensation de malaise abdominal est souvent réveillée par un repas particulièrement copieux, par une randonnée en automobile. Cette sensibilité spéciale s'accompagne de troubles de l'évacuation intestinale. Le plus souvent il s'agit d'intervalles de diarrhée et de constipation.

TROUBLES INTESTINAUX. — Les malades disent : « J'ai un intestin mal réglé ». Parfois le malade se plaint d'une diarrhée post-prandiale ou bien encore la selle se fait en deux temps : une première défécation est normale ; quelques minutes après survient un besoin impérieux qui aboutit à l'émission de quelques matières liquides et fétides. Chez certains enfin c'est tout le tableau d'une entéro-côlite avec matières liquides ou mal formées, mucus abondant, et « peaux » dans les selles. Tel le cas de notre malade de l'observation N° 104 qui, depuis 1912, était traité pour entéro-côlite. Celui de l'observation N° 119 présentait une diarrhée rebelle : 7, 10 et 15 selles quotidiennes qui contenaient des matières liquides, des fausses membranes

et souvent du sang. Le malade ne se rappelait pas avoir eu depuis 15 ans des selles « moulées ».

Les hémorragies intestinales peuvent également s'observer en dehors des poussées. Elles sont alors peu abondantes, ordinairement mélangées aux matières diarrhéiques.

TROUBLES GÉNITO-URINAIRES. — Les troubles de la miction, le ténesme vésical peuvent également se voir. Ils sont en général peu accentués et le malade peut ne pas les signaler. Souvent également il les met sur le compte d'une hypertrophie hypothétique de la prostate. Chez la femme peuvent s'observer des troubles de la sphère génitale : pesanteur dans le bas-ventre, douleurs au moment des règles, pendant le coït, etc.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — Les signes fonctionnels peu marqués vont de pair avec un état général satisfaisant. La température est normale et si la poussée diverticulaire a quelque peu fatigué le malade il en aura fait rapidement les frais. A cette période d'assouplissement, la diverticulite est compatible avec une vie active à condition toutefois de continuer un traitement médical peu assujettissant, d'observer un régime assez strict et de s'abstenir de toute imprudence : voyages en automobiles, chevauchées, sports violents, etc.

SIGNES PHYSIQUES. — A l'examen la fosse iliaque gauche est sensible. La palpation permet de sentir le côlon sigmoïde dur spasmé, un peu douloureux à la palpation profonde. L'intestin est légèrement augmenté de volume ou « en tuyau d'arrosage » ; les auteurs anglais le comparent à une corde (rope like). En

déprimant la paroi iliaque gauche, en palpant à bout de doigt on peut faire rouler le sigmoïde et le déplacer légèrement sur la paroi du bassin. Dans d'autres cas, au contraire, l'examen ne révèle que fort peu de signes. Il n'existe qu'une légère sensibilité de la fosse iliaque et l'intestin ne semble pas modifié de volume.

EVOLUTION GENERALE DES DIVERTICULITES

L'évolution générale de la diverticulite est toujours très longue. Elle s'étend habituellement sur des années. L'alternance des poussées aiguës et des périodes de latence obéit à un rythme très variable. Tantôt très fréquentes, les crises se reproduisent à courts intervalles, entraînant des troubles graves de l'état général ; tantôt très éloignées, elles constituent alors une affection parfaitement supportée. La première poussée diverticulaire peut ne survenir que très longtemps après le début réel de la diverticulite. Le malade consultera à l'occasion de cette crise et ce sera par un interrogatoire minutieux que l'on fera préciser au patient tout un long passé de diverticulite fruste, de troubles intestinaux, de « douleurs à gauche ».

Tantôt enfin, des complications graves viendront compliquer la diverticulite : occlusion intestinale, phlegmons abdominaux, fistules vésicales ou génitales, péritonites localisées ou généralisées, etc.

Différentes formes cliniques vont ainsi se constituer suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, suivant la participation à l'inflammation de tels ou tels organes. Les signes de la complication pourront alors donner le tableau pathologique, si bruyamment que la

cause primitive, la diverticulite, pourra ne pas être découverte ni même soupçonnée.

Obs. 4. — *Poussée de diverticulite. Guérison par le traitement médical. Diagnostic confirmé par la radio* (Louis Prat), (inédite).

M. M..., nationalité anglaise. Homme robuste, 40 ans en-



FIG. 10. — Radio de l'obs. n° 4. La radiographie a été faite après l'évacuation complète du lavement opaque, Les diverticules restent injectés par la baryte et sont parfaitement visibles. Image en « fût de bouleau ».

viron. Constipation habituelle. Fin janvier 1932, se plaint du ventre. Fièvre légère 38°, 38°5. Constipation. Douleur fosse iliaque gauche.

Nous sommes appelé en consultation par le Dr Brès, de Cannes.

Nous constatons que le malade, fébrile, offre un abdomen un peu ballonné, souple dans sa généralité.

Dans la fosse iliaque gauche, empatement diffus, douloureux à la palpation, s'étendant sur un espace d'une large main d'homme et non mobilisable. Signes physiques d'une appendicite à gauche.

Nous diagnostiquons une sigmoïdite par diverticulite probable et conseillons un traitement médical de refroidissement (glace), puis plus tardivement une radiographie.

Celle-ci est pratiquée le 3 mars par le Docteur Vuillot (de Cannes). Elle montre une série de diverticules sur le sigmoïde et l'un d'eux sur le transverse droit. Le malade a guéri peu à peu.

Des nouvelles récentes (mars 1935, fig. 10) nous ont appris qu'il était resté en bonne santé, sauf quelques inconvénients intestinaux (constipation).

Obs. 5 (inédite. Louis PRAT). — *Diverticules. Mésentérte rétractile.*

Mme P... Femme âgée (72 ans), mais robuste. Opérée d'appendicite aiguë il y a plusieurs années. Ne souffre plus.

Vers le 5 mars, crise d'obstruction intestinale, spontanément résolue.

Nous voyons la malade après la crise. Elle présente une éventration de sa cicatrice (siège probable de son obstruction).

Nouvelle crise d'obstruction le 20 avril.

Radiographie.

ESTOMAC. — Pas de liquide de stase à jeun, ni d'hypersécrétion au cours de l'examen. Remplissage suivant le mode orthotonique. Tonus légèrement diminué. Estomac très légèrement ptosé. Bas-fond à 3 cm. des crêtes iliaques.

Pas d'image pathologique des faces ou des courbures en faveur d'une lésion gastrique. Poche à air de volume normal. Plis de la muqueuse gastrique un peu épaissis. Souplesse et mobilité de l'estomac conservées. Contractilité variable. Quel-

ques phases de bonne contraction alternant avec des périodes d'atonie.



FIG. 11. — Radiographie de l'observation n° 5. Lavement opaque. Les diverticules marqués par les flèches sont aisément visibles.

Evacuations : Première évacuation apparaissant quelques instants après l'ingestion. Evacuations suivantes irrégulièrement espacées. Evacuation totale légèrement retardée entre 4 et 5 heures.

Débit pylorique normal. Bulbe un peu dilaté, mais sans image pathologique de ses courbures, souple et mobile à la réplétion et à la vacuité au maximum. Transit normal au niveau du jéjunum, ainsi que sur l'iléon. Bas-fond cæcal bas situé (6 cm. de ptose), mais souple, mobile et non sensible.

Accolement de la portion haute de l'ascendant et de la portion droite du transverse dissociable par la palpation profonde. Angle hépatique très aigu. Boucle au niveau de l'angle splénique. Aucun point douloureux à ce niveau.

Aspect diverticulaire de l'anse sigmoïde (fig. 11).

En résumé : Légère hypotonie gastrique. *Sigmoïdite diverticulaire*. Signé : D^r Daviot.

Opération le 27 avril 1931.

Résection de la cicatrice. Libération de l'épiloön adhérent au cæco-côlon. Libération du cæcum adhérent. Sections d'adhérences de 2 anses, constituées par des franges épiploïques retournées et adhérentes au méso. *L'S iliaque a son méso très rétracté*. Il ne peut être amené à la vue à la plaie. Il ne peut être exploré qu'avec difficulté.

Organes génitaux sains.

Guérison sans incident.

Obs. 6 (inédite. Louis PRAT). — *Diverticules de l'intestin et de la vessie. Amibiase intestinale associée.*

M. S... Né en 1881. Pas de sang anglo-saxon.

Dans l'enfance, typhoïde, scarlatine, rougeole. Depuis, bonne santé. Début en 1915 : dysenterie amibienne. Douleurs vives. Ténésme. Selles extrêmement nombreuses par jour, évacuations muco-sanguinolentes pendant un mois et demi. Amaigrissement de 25 kilos. Fin 1915, rechute. Traitement : Emétine et pansements locaux sous rectoscope des ulcérations accessibles.

Depuis lors, pendant des années, état chronique : 4 ou 5 selles par jour. Le matin, lavages au collargol ; Stovarsol ; Emétine, Pâte de Ravaut, Vaccins intestinaux, etc. Depuis 1934, amélioration très sensible : 2 à 3 selles par jour.

En 1925, une radio (Daviot) avait montré des « lésions de l'S iliaque à tendance sténosante, ulcérations cicatrisées ». Pas de phénomènes d'occlusion. En 1927, première manifestation brusque, sans prodromes, dans le domaine urinaire ; hématurie abondante, totale, sans douleur. Cliniquement on pense à un polype de la vessie, mais la cystoscopie révèle des diverticules vésicaux.

Examen radiographique de la vessie (fig. 12). (PASCHETTA).

— Assez volumineux diverticule gauche de la vessie, de la dimension d'un petit œuf de poule, de forme ovoïde, à bords nets et réguliers.

A droite, on observe deux petits diverticules dont un est relié à la vessie par un collet rétréci bien visible sur la radiographie prise en position oblique. Des deux diverticules droits, le plus gros a les dimensions d'un gros pois chiche.

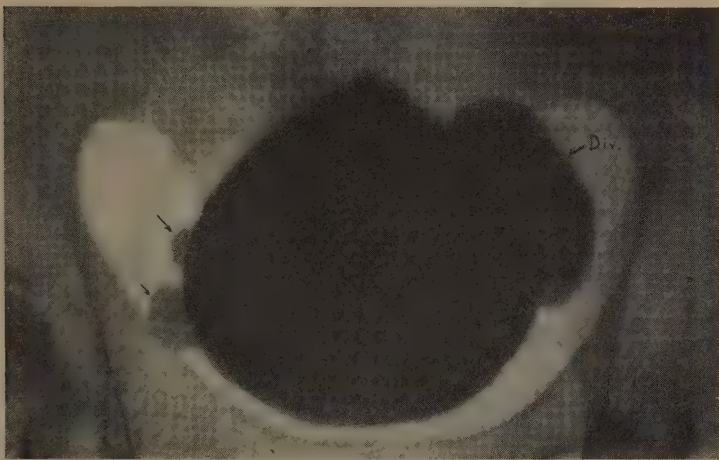


FIG. 12. — Cystographie du malade de l'obs. n° 6. Deux diverticules vésicaux sont visibles à gauche de la figure. Un gros diverticule à droite.

Par périodes, pyuries, colibacilles depuis lors.

Le malade souvent urine des urines purulentes entre deux mictions claires. Il urine en 2 temps, semble vider d'abord sa vessie, puis ses diverticules. Depuis sa première hématurie (1927), le malade en a eu 10 ou 15 nouvelles. Elles durent de 24 à 48 heures.

En 1927, le Docteur Louis Prat examine le malade, chez qui il trouve un colon iliaque douloureux, spasmé dans la fosse iliaque. La rectoscopie est impossible, tant le spasme anorectal est violent. Une radiographie nouvelle est pratiquée (Daviot) (fig. 13).

L'examen du gros intestin par lavement opaque montre que la dilution opaque pénètre très difficilement dans l'anse

sigmoïde. Cette portion du gros intestion de calibre diminué présente des contours irréguliers avec images diverticulaires disséminées. La palpation est très douloureuse et la mobilité très diminuée. Cette sigmoïdite, accompagnée de péricolite, s'étend sur une longueur de 15 à 20 cm. et paraît compliquée de spasme intermittent.



FIG. 13. — Radiographie de l'obs. n° 6. Lavement opaque : les diverticules sont marqués par des flèches.

Depuis un an, amélioration si considérable des troubles intestinaux qu'ils dispensent le malade de tout traitement actif.

Obs. 7. — *Diverticulite à poussées successives. Signes urinaires* (Louis PRAT, inédite).

Mme Der..., 53 ans. Il y a 25 ans, opérée d'appendicite. Très améliorée par cette opération. Phlébite double post-opératoire. En 1921, parathyphoïde. Petite embolie pulmonaire. Il y a 4 ans, opération à l'anus, probablement petit épithélioma. Radiumthérapie post-opératoire. Petit ictus



FIG. 14. — Radiographie de l'obs. n° 7. Lavement opaque. Un gros diverticule est visible au bord supérieur de l'anse sigmoïdienne. Trois petits diverticules apparaissent à son bord inférieur.

avec troubles de la parole et du bras pendant 48 heures. Arrêt des règles. Vertiges aujourd'hui disparus. Réapparition des règles il y a 2 ans jusqu'à il y a 4 mois.

Depuis 6 à 7 mois, la malade se plaint de douleurs abdominales. Douleurs irradiées très vives, en coups de couteau, qui durent 1 à 2 heures, accompagnées souvent de nausées. Ces crises sont presque quotidiennes, les selles sont régu-

lières avec de légers laxatifs, quelquefois diarrhée légère. jamais de sang. Consulte son chirurgien nancéen, qui aurait déclaré ne rien constater d'anormal.

Il y a 4 mois, petits phénomènes de cystite qui ont duré une petite semaine. Il n'y aurait pas eu de pus dans les urines. Jamais d'élévation de la température. De temps en temps, depuis quelques semaines, le ventre se ballonne plus souvent après des marches un peu prolongées. La malade a « comme un poids de 100 kilos dans le ventre ».

Quand la malade souffre plus vivement elle sent comme un besoin de pousser, ayant le sentiment vain qu'une évacuation rectale la soulagerait.

Mars 1935. — A l'examen, l'anus est normal. Le rectum est libre. Le toucher vaginal montre un utérus involué et des culs-de-sac souples. Par le toucher rectal, en revanche, on sent à bout de doigt, du côté gauche, un certain empâtement sensible, correspondant probablement à de la cellulite ou de la mésentérite rétractile.

Pensant à une diverticulite, nous avons fait faire une radio qui nous a donné les renseignements suivants :

Lavement opaque (fig. 14) (PASCHETTA). — Le lavement remonte à travers le rectum, le sigmoïde et le descendant. au niveau du sigmoïde, on observe une image réticulée et irrégulière de la lumière intestinale, des images en flammèches des bords de l'intestin et des images de diverticules. Toutes ces ombres traduisent de la diverticulite et de la péri-sigmoïdite associées. A signaler qu'à ce niveau, il y a un rétrécissement radiologique de la lumière intestinale.

Les radiographies de la muqueuse, intestin évacué et intestin rempli d'air, ne montrent rien de plus que le lavement banal.

Obs. 8 (inédite). — *Diverticulite prise pour un néo de l'S iliaque. Poussées successives, expulsions de boulettes de fibrine* (D^r LARDENNOIS).

M. Ad..., 73 ans. Depuis un an a maigri à peu près de un kilo. Il a une urée à 0,50, sa T. A. est aux environs de 20-15. Le 31 mai 1929, il a une hémorragie rectale d'un verre à liqueur de sang rouge.

Au début de juin, il présente une nouvelle hémorragie de 300 grammes environ.

Le Docteur Lardennois déconseille l'anús iliaque et propose un anus iliaque au malade.

Le Docteur Lardennois est appelé en consultation le 10 juin 1929.

A l'examen, on sent dans la fosse iliaque gauche l'S iliaque induré. L'hésitation est possible entre un néo intestinal et un simple spasme. La rectoscopie est négative. A l'interrogatoire, on apprend que *le malade rejetait de temps à autre par l'anús des boulettes blanchâtres de la taille d'un grain de raisin*. Ces boulettes avaient été considérées comme des vésicules d'hydatides. L'analyse montra qu'il s'agissait de boulettes de fibrine.

Le Docteur Lardennois déconseille l'anús iliaque et propose un traitement médical : lavements d'huile, enveloppements tièdes. Les symptômes s'apaisent et une radiographie révèle qu'il s'agit d'une diverticulite.

Obs. 9. — *Diverticulite à poussées récidivantes* (GUTMANN et JAHIEL).

M. X..., homme de 62 ans, bien portant, qui accuse simplement depuis des années une constipation légère, une certaine fétidité des selles et de temps en temps de légères douleurs au moment de la défécation. Vers le début de décembre 1934, il se sent un peu fatigué, sa constipation augmente et une légère douleur apparaît dans le flanc gauche. Les jours suivants, la douleur se localise dans la fosse iliaque gauche ; elle est très légère. La température oscille autour de 38, elle y restera pendant 4 jours pour disparaître. A l'examen on palpe facilement un sigmoïde de consistance un peu augmentée, mais sans aucun empâtement, la palpation est nettement douloureuse. Nous prescrivons un régime léger, un peu de stovarsol par la bouche, des lavements mucilagineux et antiseptiques (coréine et stovarsol), des compresses chaudes. Tout s'arrange rapidement et le 10^e jour de la maladie, M. X... va bien. La température est normale, les selles régulières. *Mais la reprise d'une alimen-*

tation normale provoque par deux fois une très légère reprise des symptômes locaux.

Le malade, revu un mois après le début de la maladie, est tout à fait guéri. Quelques jours avant cette dernière consultation, une radiographie avait été faite par MM. Ledoux-Lebard et Garcia Calderon, à qui nous avons adressé le malade avec le diagnostic de « poussée de sigmoïdite, probabilité de diverticulite ». Ces radios montrent d'une façon tout à fait nette, au niveau de l'anse sigmoïde, cet aspect en accordéon sur lequel il a été discuté longuement. De plus on distingue sur l'intestin plein, et encore mieux sur l'intestin vide, toute une série de diverticules de la taille de celle d'un grain de blé à celle d'une cerise.

Obs. 10. — *Diverticulite à poussées successives* (CAIN et BRIDGMANN).

M..., âgé de 52 ans, nous est adressé pour des troubles qui ont été en s'accentuant depuis le mois de juin 1930. Jusqu'alors ce sujet sobre, mais gros mangeur, présentait des fonctions digestives normales. A cette date, il commence à accuser des coliques et des pesanteurs douloureuses dans le bas-ventre et la fosse iliaque gauche, les selles deviennent pâteuses et se répètent deux à trois fois par jour. Une période de constipation absolue durant trois jours est suivie d'une phase de diarrhée. Après des alternatives de constipation et de diarrhée, survient, au début du mois d'août, une véritable crise d'occlusion qui dure trois jours et durant laquelle la fosse iliaque gauche est le siège de douleurs continues, augmentées par des coliques paroxystiques qu'accompagnent des bruits musicaux. Le malade se plaint de malaises, de palpitations, d'insomnie ; il a quelques nausées. A la fin de la crise sont rendues, en petites quantités, des matières dures et ovillées ; sous l'action de l'huile de ricin se produit une débâcle diarrhéique, les selles liquides et fétides contiennent des fragments non ramollis.

L'état général a été déclinant, le poids est passé de 100 à 88 kilos ; le teint est pâle et terreux, la fièvre est absente ; la constipation alterne avec de la diarrhée. L'examen est

absolument négatif, la palpation de la fosse iliaque gauche ne révèle aucun empâtement, rien au toucher rectal, rectoscopie négative jusqu'à 23 centimètres.

L'examen coprologique ne montre pas de signes de rectite, les parasites sont absents. Hématologie : G. R. 5.020.000 ; G. B. 7.500 ; polyneutrophiles 7.600 ; mono 22 ; basophiles 2.

Le lavement opaque délimite nettement, entre l'ampoule rectale et le côlon descendant, dont l'image est normale, un côlon sigmoïde allongé et haut situé, sectionné par de profondes incisures et dont les contours rappellent ceux de l'image en « accordéon ».

Des diverticules sont appendus tout le long de ce segment. Leur image persiste plusieurs jours après l'évacuation du lavement.

Obs. 11. — *Diverticulite à poussées successives. Troubles urinaires* (CAIN et BRIDGMANN).

M. X..., âgé de 75 ans, n'a jamais présenté jusqu'en septembre 1930 de troubles digestifs appréciables. Il suit depuis longtemps un régime strictement végétarien ; les selles sont régulières, pâteuses et sont émises une ou deux fois par jour. Au cours de septembre 1930, le sujet ressent quelques pesanteurs douloureuses dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque gauche ; au début d'octobre 1930, *après un repas plus abondant que d'ordinaire*, apparaît dans la nuit une douleur brutale extrêmement vive, comparable à une torsion et localisée dans la fosse iliaque gauche. Peu de temps après, le malade rejette un vomissement bilieux. La fosse iliaque est tendue et gargouillante. La crise douloureuse prend fin au bout de plusieurs heures avec émission de gaz. La selle du lendemain est normale. Une nouvelle crise plus violente, mais analogue, survient dans la nuit du 24 octobre. Elle s'accompagne de troubles urinaires (pollakiurie nocturne et diurne, douleurs à la miction, émission d'urines troubles, teintées de sang). Ces troubles conduisent le malade à l'hôpital Necker où différents examens (cystoscopie, radiographie après injections de collargol) restent négatifs.

Depuis le 25 octobre, crises douloureuses intermittentes, mais moins violentes, période de constipation durant trois

ou quatre jours avec météorisme et gargouillements suivie de débâcles. L'état général s'altère, le poids tombe de 51 à 47 kilos. L'anorexie est permanente, le malade accuse une fatigue croissante. Au moment des crises, la température ne dépasse pas 37°6. L'examen nous décèle seulement dans la fosse iliaque gauche l'existence d'un cylindre résistant et sensible. Le toucher rectal et la rectoscopie ne fournissent aucun renseignement, le reste de l'examen est négatif.

Les selles ne contiennent pas de sang, de pus, d'albumine, de parasites. Examen hématologique GR : 4.970;GB : 6.000 avec 10 % de poly-neutrophiles. L'examen aux rayons X, au cours du lavement opaque, montre, après remplissage normal de l'ampoule rectale, que le sigmoïde est perméable et se laisse injecter. Mais ses contours sont flous, découpés et irréguliers, la gélobarine est inégalement répartie. De place en place sont appendus des diverticules arrondis ou piri-formes, certains injectés totalement, d'autres représentés par un anneau opaque. Au delà du sigmoïde, le côlon descendant a des contours nets et présente son calibre normal, mais il est parsemé de gros diverticules visibles de profil ou de face ; quelques diverticules se trouvent sur le transverse au voisinage de l'angle gauche. Après évacuation du lavement opaque, les images diverticulaires persistent plusieurs jours sous la forme de taches homogènes et d'anneaux à centres clairs.

Obs. 12. — *Diverticulite à poussées successives. Intervention. Guérison* (MONSARRAT).

Un homme de 60 ans, vu d'abord le 23 mars 1927. Cet homme souffrait de crises abdominales espacées depuis deux ans. La douleur n'avait jamais été très vive. Il se plaignait d'une perte totale de l'appétit. Il y avait un amaigrissement considérable. Il se plaignait de douleur dans la fosse iliaque gauche et on soupçonnait un cancer.

Intervention le 27 mars 1927. Côlon pelvien adhérent à la paroi pelvienne gauche est libéré. L'épaississement apparaît inflammatoire dû à une diverticulite. Le côlon est enveloppé dans le grand épiploon.

Drainage 48 heures. Guérison complète.

Obs. 13. — *Poussée de diverticulite. Guérison par le traitement médical.* (Louis PRAT, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 22 octobre 1929).

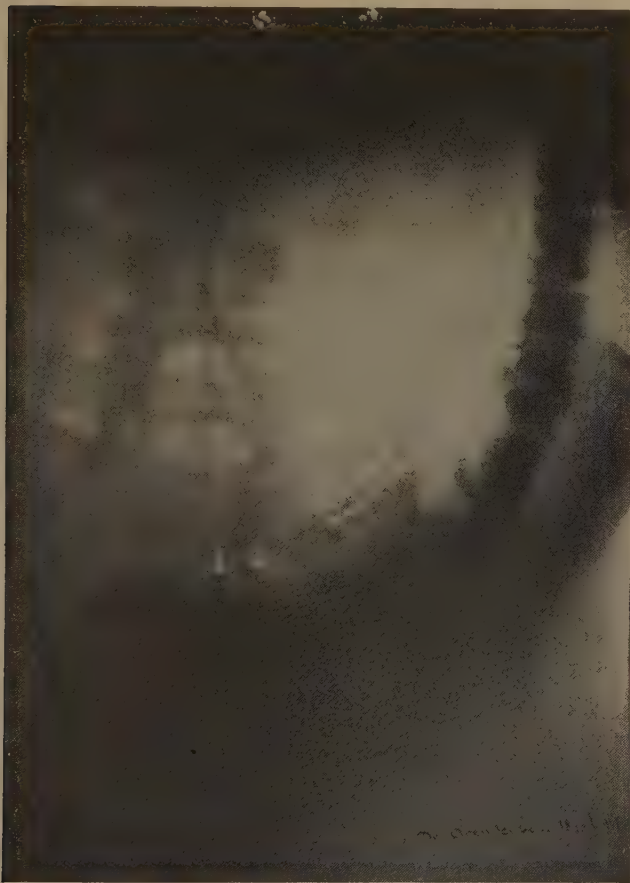


FIG. 15. — Nombreux diverticules sur le côlon iliaque. Diverticules sur le côlon sigmoïde, avec une zone, marquée par une accolade, où existent des signes radiologiques de diverticulite (Radiographie du malade de l'observation n° 13).

Docteur Ar..., Américain, 60 ans. Souffre de temps en temps de l'abdomen, surtout du côté gauche. Constipation

habituelle. Quelques ballonnements et flatulences douloureuses. Ces jours derniers, nouvelle crise. A l'examen (1929) on constate une sensibilité abdominale du côté gauche, où on sent l'intestin spasmé en tuyau d'arrosage. Toucher rectal muet. Ni sang, ni pus dans les selles.

La radiographie (N° 15) montre des diverticules répandus sur le côlon transverse et iliopelvien. Traitement : compresses abdominales, belladone, paraffine.

Amélioration au bout de quelques jours aisément obtenue.

PÉRITONITES DIVERTICULAIRES

La péritonite est la complication grave de la diverticulite. Sa forme sera déterminée avant tout par les caractères anatomo-pathologiques de la lésion du diverticule.

La comparaison de la diverticulite avec l'appendicite s'impose à tous les esprits. L'appendice n'est-il pas d'ailleurs un diverticule du cæcum ? N'a-t-on pas souvent répété que la diverticulite est « l'appendicite à gauche ». Elle est, en effet, cela ; mais elle est plus que cela, car la diverticulite provoque la péritonite à bas bruit, les pseudo-tumeurs occlusives, les phlegmons chroniques et les fistulisations pelviennes, inaccoutumés dans l'appendicite. Le parallèle n'est pas davantage justifié sur le terrain thérapeutique, et partant pronostic, ne fut-ce que sur un point, mais d'importance : une appendicectomie est pratiquement toujours réalisable ; il en est autrement dans les diverticulites où la thérapeutique chirurgicale est infiniment plus complexe et plus aléatoire.

Le polymorphisme des complications de la diverticulite est tel qu'entre les formes extrêmes de cette affection, il n'existe plus de symptomatologie commune.

Nous allons donc broser une série de tableaux des diverticulites qui resteront un peu schématiques tandis que la réalité clinique les entremêle souvent plus ou moins.

PERITONITES AIGUES GENERALISEES

Elles tiennent une place importante parmi les autres causes de péritonites. Par ordre de fréquence on peut les situer loin après les péritonites par lésions appendiculaires, typhiques, gastro-duodénales, vésiculaires, salpingo-ovariennes, mais avant les péritonites dues à la perforation des ulcères meckeliens ou cœliques. En 1911 Patel en rapportait déjà 28 cas et la diverticulite n'était pas — surtout en France — très à l'ordre du jour vers cette époque.

La péritonite diverticulaire peut être une péritonite par perforation : elle a alors un début brutal, explosif. C'est le « coup de poignard » de la perforation gastrique en péritoine libre. Douleur atroce, courbant en deux le malade, douleur syncopale, sidérante, choquant le sujet. Indice précieux pour le diagnostic étiologique : la douleur a frappé le malade dans la fosse iliaque gauche, ou si, d'aventure, elle a été tout d'abord épigastrique, elle n'a pas tardé à devenir basse et gauche. Ses irradiations mêmes vont habituellement se propager vers le bas-ventre, vers l'intestin terminal ou vers la vessie, provoquant ténésme anal ou dysurie. Et bientôt va se dérouler le drame de la péritonite aiguë : ventre de bois, immobilisé, puis ballonné et douloureux, vomissements, arrêt des matières et des gaz, anxiété, agitation, traits tirés, yeux creux, sueurs profuses, température élevée, ou au contraire subnormale, pouls toujours rapide, plus rapide bientôt, dissocié d'avec la fièvre et enfin incomptable.

Ce sont là symptômes banaux de toute péritonite par perforation comme celle qui succède à n'importe

quelle perforation digestive. Cependant dans la péritonite diverticulaire, où le siège de la perforation est situé très souvent à la partie basse du sigmoïde, les signes primaires sont d'abord pelviens et persistent tels, des plus nets. Outre le début de la souffrance, puis, pendant toute l'évolution de la péritonite, son maximum dans la fosse iliaque gauche, le toucher rectal chez l'homme provoquera à bout de doigt une douleur très vive du cul-de-sac de Douglas, et chez les femmes le toucher vaginal révélera une vive sensibilité à la mobilisation de l'utérus. Et, chez tous les deux, l'exsudat péritonéal tôt constaté pourra faire « bomber » le Douglas.

Une caractéristique des péritonites par perforation diverticulaire réside aussi dans la rapidité de leur évolution qui va de pair avec leur gravité. La cause en est sans doute la grande septicité du contenu sigmoïdien beaucoup plus accusée que celle du cæcum : d'où la marche moins rapide des péritonites par perforation appendiculaire, tandis que les perforations côliques gauches survenant dans l'évolution des cancers par exemple, montrent une phase chirurgicale de début (contracture) très brève à laquelle succède rapidement la phase terminale. Ici le drame est plus tragique et la mort survient non après des jours, mais après des heures. D'emblée le malade a paru frappé à mort et après les atroces douleurs du début il tombe dans une euphorie paradoxale, dans une « béatitude anxieuse ».

PÉRITONITES PUTRIDES. — L'intoxication générale est suraiguë et rappelle les formes putrides gangréneuses

des péritonites appendiculaires. Mickle en brosse ainsi le tableau tragique dans sa brièveté : Un homme de 45 ans, après avoir pris un purgatif, est saisi d'une très vive douleur dans l'abdomen. Il meurt au bout de 24 heures avec des signes abdominaux rapidement progressifs n'ayant pas laissé le temps d'intervenir. A l'autopsie : péritonite généralisée par gangrène diverticulaire.

PÉRITONITES PAR PROPAGATION. — La péritonite généralisée, qui est amenée par perforation ou gangrène d'un diverticule, peut cependant être déclenchée sans que la diverticulite ait été perforante. En tels cas (tel celui de Loomis en 1870, que Patel a signalé : observation 24), la muqueuse du diverticule, simplement amincie, a laissé filtrer les germes pathogènes dont l'extrême virulence a pu inoculer la grande cavité péritonéale. C'est toutefois là un mécanisme sans doute rare.

Péritonites à bas bruits

FORME LATENTE. — A côté des péritonites aiguës à grand fracas que nous venons d'étudier, il en est qui évoluent avec une symptomatologie atténuée, et quelquefois même d'une manière absolument latente bien que leur marche soit rapide. Il en est ainsi chez les malades âgés, les cachectiques ou les obèses dont les réactions péritonéales sont particulièrement estompées.

Les Docteurs Paviot, Patel, Schreiber (Obs. 27) en ont rapporté des exemples. Ruhwandel a ainsi observé un vieillard qui, atteint d'un cancer de la langue,

s'éteignit après avoir présenté quelques heures seulement avant la mort, une réaction péritonéale d'apparence insignifiante. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée provoquée par une perforation diverticulaire.

FORMES FRUSTES. — Les formes frustes n'ont pas un début brutal, mais elles évoluent rapidement. Les douleurs n'y sont pas très vives. Un ou deux vomissements attirent l'attention sur l'abdomen. L'examen en est souvent difficile parce que les malades sont souvent obèses. On ne trouve pas de contracture nette, mais un abdomen tendu, distendu, tympanique. Mais ici encore le toucher révèle un empâtement du Douglas, une sensibilité nette à bout de doigt dans le bas-ventre. Contrastant avec cette symptomatologie un peu floue, l'état général s'affirme mauvais. Température souvent peu élevée mais pouls vite inquiétant, rapide, mou, défaillant. Aussi, dans ces formes frustes, le chirurgien est-il souvent appelé à intervenir trop tardivement. Un malade de Patel (Obs. 26) ne fut opéré qu'au bout de 36 heures, un autre de Prat au bout de 4 jours (Obs. 25). Un malade de Lardennois fut mieux partagé : soupçonné de cancer côlique, il subit une après-midi un examen radiologique par lavement opaque ; deux heures après, douleurs et ballonnement abdominaux. Le lendemain matin, intervention d'urgence : des adhérences qui limitaient une fistule colo-iléale d'origine diverticulaire avaient été rompues et la baryte s'était répandue dans le ventre.

Parfois ces péritonites frustes réalisent un tableau d'occlusion intestinale : vomissements, météorisme

abdominal, arrêt des matières et des gaz. C'est ainsi que pour un malade de Patel le diagnostic de volvulus fut soulevé, et chez celle de Prat (Obs. 25) le type occlusif était si marqué qu'il fut pratiqué un lavement opaque.

Péritonites subaiguës

Elles ont souvent une marche subaiguë et une évolution bien moins brutale et rapide que les péritonites aiguës. Ici la diverticulite ne provoque pas de perforation au péritoine libre, mais rappelle le tableau clinique d'une appendicite banale qui serait transposée à gauche : début souvent brusque, douleur dans la fosse iliaque gauche, vomissements, constipation sont les signes d'alarme. A l'examen local, on trouve une contracture douloureuse ou de la défense pariétale de la fosse iliaque gauche, de l'hyperesthésie cutanée et une douleur du cul-de-sac de Douglas. La température oscille autour de 38°5, le pouls bat vers 100, mais il reste bien frappé.

En outre, des signes exceptionnels sont plus particuliers à ces péridiverticulites ; il n'est pas rare de percevoir par le toucher vaginal ou rectal, combiné au palper abdominal, une petite masse du volume d'une noix ou d'une mandarine. Cette tumeur correspond à un diverticule enflammé encapuchonné de franges graisseuses ou d'épiploon. Un malade de Ballin (Obs. 32) offrait cette particularité.

Cette phase de diverticulite aiguë, qui est une phase préperforante, dure assez longtemps pour que le chirurgien ait le temps d'intervenir.

A l'opération, il trouve du pus plus ou moins lié, des anses rouges, agglutinées, limitant un épanchement inflammatoire. Le diverticule causal entouré d'adhérences récentes est rouge, érectile, parfois gangrené, noirâtre, se morcelant sous la pression des pinces (Obs. 31). En un point il peut être perforé et un calcul stercoral en voie d'expulsion en obture parfois l'orifice. Cette forme clinique a la sévérité des appendicites aiguës localisées et l'acte chirurgical amène souvent la guérison.

Péritonites secondairement généralisées

PÉRITONITES PROGRESSIVES. — Mais comme dans l'appendicite, une péritonite d'abord localisée peut secondairement se généraliser. Après une période de troubles sigmoïdiens aigus qui ont progressé sans arrêt (douleur de la fosse iliaque gauche, constipation, vomissements, défense musculaire, sigmoïde épaissi, etc.), mais troubles qui sont restés localisés à la fosse iliaque gauche, vers le cinquième ou sixième jour, la situation change brusquement et il se développe une péritonite progressive que caractérisent surtout une contracture abdominale et une accélération du pouls dont la qualité devient de plus en plus médiocre (Obs. 34). L'heure dangereuse a sonné.

PÉRITONITE EN DEUX TEMPS. — En d'autres circonstances, la succession de la péritonite localisée et de la péritonite généralisée ne se fait pas d'un seul tenant. La poussée diverticulaire, sous l'influence d'un traitement approprié (immobilisation, glace, diète, belladone, etc.), a semblé s'éteindre. Mais la sédation n'est

qu'apparente et l'accalmie est traîtresse, comme disait Dieulafoy de l'appendicite. En effet, brusquement, sans cause apparente, ou à la suite d'une imprudence ou d'une thérapeutique malencontreuse — un lavement, un purgatif, par exemple — la péritonite aiguë éclate, avec son cortège de signes dramatiques. Il semble que ce changement brutal soit dû à la rupture d'un petit abcès péridiverticulaire, non diagnostiqué ni opéré et dont le pus s'est brusquement déversé dans la grande cavité péritonéale.

Lorsqu'un tel abcès a été découvert et opéré à temps, comme chez le malade de Willian (Obs. 35), le chirurgien peut avoir la bonne fortune de guérir son malade.

De telles péritonites secondairement généralisées sont toujours graves. Leur apparition tardive même est facteur de gravité parce que l'intervention chirurgicale portera sur un malade déjà fatigué par plusieurs jours de fièvre, de diète, d'insomnie, de douleurs, de vomissements, de constipation. En outre, l'acte chirurgical sera moins satisfaisant : l'organe primitivement malade, le diverticule, perforé ou gangrené, qui peut être réséqué ou oblitéré lorsque l'on intervient aux premières heures d'une péritonite généralisée d'emblée, ne peut être éloigné aussi facilement dans les cas de péritonite retardée. Les lésions de voisinage sont déjà constituées : intestins adhérents, agglutinés, épaissis mais fragiles, mésentères saignants qui se déchirent aux contacts les plus légers. Ce n'est plus d'une diverticulite perforante, mais d'une sigmoïdite perforante qu'il s'agit (Obs. 37). Bref,

le chirurgien ne peut toujours faire porter son action curative sur l'organe qui a causé la péritonite, ce qui est la règle chirurgicale à poursuivre dans le traitement de toute péritonite aiguë.

Obs. 14. — *Diverticulite perforée. Péritonite généralisée.*

Guérison. — WILLIAN (*The Lancet*, 19 novembre 1932).

Miss F..., âgée de 54 ans. Le 17 décembre 1927, se plaint de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Les douleurs ne deviennent intenses que deux jours après le début de la crise, où le médecin vient voir la malade. Le lendemain, la douleur s'exacerbe et le Docteur W. Hay, de Newcastle, demande le Docteur Willian en consultation. Le premier examen a lieu à 4 heures de l'après-midi, le 30 décembre 1927. Signes physiques d'appendicite à gauche. Contracture douloureuse ; hyperesthésie plus marquée à gauche. Température 38°3 ; pouls 110. Foie, reins normaux. Leucocytose élevée.

Transportée à la clinique, est opérée à 10 heures du soir, le même jour : incision paramédiane gauche transmusculaire ; on trouve un diverticule perforé sur la partie moyenne du côlon pelvien avec un calcul stercoral de un centimètre sur un demi-centimètre, libre sur le plancher pelvien. Il existait une péritonite généralisée sans signe de localisation du processus. Suture de la perforation par points séparés au catgut. Suture renforcée par un appendice épiploïque. Drainage. Guérison sans complications.

On ne peut trouver d'autres diverticules.

En mars 1929, appendicite aiguë avec abcès. Intervention et guérison.

Obs. 15. — *Diverticulite à poussées successives. Phénomènes urinaires. Diagnostic par radio. Perforation. Péritonite.*

Guérison. — STANLEY N. SENETT. (*British Med. Journal Div. perforé du côlon. Diag. préopératoire*).

Pilote norvégien âgé de 40 ans. Vient me voir le 19 décembre 1930. Souffre de l'abdomen depuis 10 jours. Douleur très vive depuis 2 jours. Insomnie. Poussées douloureuses, quel-

ques-unes assez vives pour arracher des cris au malade. Douleurs non rythmées par l'alimentation ; cependant le malade ne mange pas de peur de souffrir. L'appétit est conservé, le malade se porte très bien dans l'intervalle des crises. Un an auparavant, en Norvège, il avait présenté une crise identique calmée par la diète. Pendant les crises douloureuses, il avait de la difficulté à la miction : pollakiurie diurne et nocturne. Constipation peu marquée. Foie, rate normaux. Hémorroïdes procidentes. Urines normales. A la palpation, douleur hypogastrique dans les deux fosses iliaques. Un lavement opaque montre que le côlon pelvien est attiré à droite ; on voit de nombreux diverticules.

Diagnostic : Diverticules du côlon sigmoïde. Adhérénces à droite. Ceci se passait le 31 décembre 1930. Les douleurs disparaissent et le malade se sent bien. Le 2 janvier 1931, à 8 heures du matin, sa douleur reprend et avec une bien plus grande intensité. Il vomit deux fois et je suis appelé à le voir à 2 heures de l'après-midi. Température 37°9. Pouls à 100. Contracture douloureuse particulièrement nette sur le côté droit de l'abdomen, les traits sont tirés et la péritonite ne fait aucun doute. Vu l'examen radiologique précédent, le diagnostic de perforation diverticulaire est posé. Le Docteur L. Sands est appelé en consultation et aboutit aux mêmes conclusions.

Intervention immédiate : à l'ouverture de l'abdomen, une grande quantité de pus s'échappe. Une anse sigmoïdienne épaissie est trouvée dans la fosse iliaque droite avec un diverticule perforé. On voit également nombre d'autres diverticules. La perforation est soigneusement obturée. Le côlon est ramené dans la fosse iliaque gauche. Drainage. Guérison complète.

Un lavement opaque le 13 février montre l'existence d'autres diverticules, l'absence de sténose.

L'auteur remarque que la perforation survint trois jours après le lavement opaque : donc, pas de relation de cause à effet.

Obs. 16 et 17. — *Péritonite de cause inconnue. Mort. Diverticules à l'autopsie.* — (TAYLOR G. and. A. LANKIN).

1° Homme de 70 ans admis le 8^e jour d'une péritonite généralisée. Intervention.

L'étiologie n'est pas reconnue. Drainage. Mort. A l'autopsie, diverticule perforé du côlon sigmoïde.

2° Péritonite généralisée diverticulaire. Opération. Guérison.

Homme de 57 ans, obèse. Le 7 juin 1909, est brusquement pris d'une douleur aiguë dans le bas-ventre, du côté gauche. Tendance syncopale. Vomissements très abondants. Vu 7 heures après le début. Couché sur le côté gauche, genoux fléchis. Température normale. Pouls à 100.

Examen : Contracture douloureuse de la fosse iliaque gauche. Hyperesthésie très nette, le reste de l'abdomen est souple. Foie normal. Pas d'épanchement péritonéal à l'examen. Diagnostic préopératoire : appendicite à gauche.

Intervention : Incision latérale gauche. Du liquide purulent s'échappe à l'ouverture du péritoine. Une membrane péritonéale croise le sigmoïde, elle est coupée cinq centimètres au-dessus d'un diverticule perforé, sa base est adhérente à celle d'un diverticule épiploïque. Le diverticule est perforé à son sommet et de la matière fécale s'échappe par l'orifice. Le diverticule est réséqué après ligature à sa base. La zone d'implantation est enfouie par une bourse.

D'autres diverticules sains sont trouvés le long du côlon sigmoïde. Un drain sus-pubien dans l'incision opératoire. Fermeture de la paroi. Guérison sans incidents.

Obs. 18. — *Péritonite diverticulaire par perforation gangréneuse. Guérison.* — (SLESINGER).

En 1929, en consultation avec le Docteur Mac Manus, je vois une malade de 65 ans qui se portait très bien jusqu'à 10 heures du matin, moment où elle commence à se plaindre de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche. Cet état continue jusqu'à midi ; elle a, à ce moment, une syncope avec douleurs profuses, refroidissement des extrémités et pouls très faible. Elle surmonte cette syncope et, quand je la vois, à 4 heures, elle a une contracture douloureuse très marquée de la partie basse de l'abdomen, des deux côtés.

A l'intervention : péritoine rempli de pus, diverticules du sigmoïde avec perforation gangréneuse au sommet d'un des diverticules. Fermeture renforcée d'une greffe épiploïque ; lavages continus du péritoine par drain avec liquide de Carrel.

Guérison.

Obs. 19. — *Péritonite après purgation. Mort par occlusion haute.* — WHEELER (*British med. journal*, janvier 1930, p. 5 à 7 (Résumé).

Homme de 40 ans. Le 27 avril 1930, prend une purgation saline, le matin, à jeun. Il se plaignait ces derniers jours de douleurs vagues. Deux selles une heure après la purgation. Brusquement, douleurs en coup de poignard dans la fosse iliaque gauche après la deuxième selle. Il pouvait, du doigt, indiquer le point douloureux. Il compare la douleur à « un coup de pistolet ». Vomissements abondants.

Vu une heure après le début : cliniquement cela se présentait comme une perforation duodénale ou gastrique sauf que les signes et les symptômes étaient cantonnés dans la fosse iliaque gauche. Le pouls était lent, la température normale. Contracture très marquée dans l'hypocondre gauche. Toucher rectal négatif, l'étage supérieur de l'abdomen est souple et la respiration supérieure conservée. Diagnostic : une appendicite à gauche n'a pas pu se développer avec un caractère aussi dramatiquement soudain. On pourrait également éliminer une occlusion ; il s'agissait d'une péritonite chez un adulte jeune, bien portant une heure avant, le début des incidents ; il était difficile de penser à autre chose qu'à un diverticule perforé du côlon pour réaliser une péritonite à point de départ inférieur gauche. On sait en effet que la perforation du côlon dans la grande cavité, comme dans le cas de perforation au-dessus d'un néo-côlique, donne des péritonites très virulentes. Un mauvais pronostic est porté. Intervention. Incision sous ombilicale, pus généralisé, fibrine sur les anses grêles. Recherche du côlon pelvien, qui est trouvé enflammé et dilaté, on retrouve difficilement le siège de la perforation. Extériorisation de l'anse dans l'espoir de

réaliser une opération de Mikulicz. Cæcostomie et drain cæcal par l'incision médiane. Drain pelvien.

Suites post-opératoires : Peu de liquide par le cæcum. Vomissements le lendemain de l'intervention. Des lavages gastriques donnent une légère amélioration ; on pratique une jéjunostomie par une incision sous-costale droite. Peu de liquide. On met alors une sonde gastrique à demeure et drainage continu. Légère amélioration à chaque aspiration gastrique. Mais le malade s'affaiblit. L'auteur, alors, a réinjecté le liquide gastrique dans la sonde jéjunale. Le malade s'améliore et le 5^e jour se sent très bien. L'anus cæcal commence à donner. Mais le 6^e jour, nouvelle apparition de signes d'obstruction haute. Mort rapide.

L'auteur accompagne son observation de considérations biochimiques sur le mécanisme de l'occlusion haute.

Obs. 20. — *Péritonite diverticulaire. Diagnostic préopératoire. Guérison.* — DUBS (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, tome XIX, n° 21, p. 785).

Homme de 59 ans qui est pris, le 26 septembre 1921, d'une douleur abdominale simulant l'appendicite aiguë. Cependant le maximum de la douleur siège à gauche et en outre le malade a été jadis soigné pour des phénomènes de rectite. Température 38°6, pouls au-dessus de 100, faible. Dubs pose le diagnostic de perforation d'un diverticule intestinal, probablement du côlon sigmoïde. Il intervient aussitôt par une incision longitudinale gauche et trouve au niveau du sigmoïde une perforation d'un diverticule. Suture de la perforation, qui est en outre recouverte d'appendices épiploïques. Guérison.

Obs. 21. — *Péritonite diverticulaire. Suture. Colostomie. Guérison.* — BLACK (*Brit. Med. Journal*, 21 janvier 1931, p. 180, résumé).

Femme âgée de 50 ans. Quatorze jours auparavant, malade dans le bas abdomen.

Quatre heures avant son admission à l'hôpital, douleur aiguë à l'hypocondre gauche avec diarrhée et vomissements. A son entrée, elle se tord de douleurs. Température 39°5.

Pouls 114. Malade obèse. Diagnostic : perforation appendiculaire.

Opération : Incision latérale droite ; pus franc sans odeur. L'appendice est sain ; à la palpation, masse tumorale dans la fosse iliaque gauche. Incision latérale gauche. Côlon sigmoïde œdématié. Diverticule perforé à la base. Extériorisation. Colostomie. Guérison.

Obs. 22. — *Péritonite diverticulaire opérée à la 36^e heure. Mort (MONSARRAT).*

La malade est admise à l'hôpital au bout de 36 heures. Pouls 132. Température 38°2. A l'examen, signes de péritonite aiguë généralisée. A l'intervention : perforation d'un diverticule cœlique. Péritonite généralisée avec exsudat sanguinolent très fétide. Mais au bout de 9 jours de péritonite progressive et d'iléus, mort.

Obs. 23. — *Péritonite généralisée. Opération. Perforation diverticulaire. Mort.*

Le Professeur Kotté présente une pièce de diverticulite du gros intestin, provenant d'une femme de 37 ans qui était entrée à l'hôpital, 3 jours après le début de l'affection, avec les symptômes d'une péritonite diffuse. La région inférieure gauche de l'abdomen était particulièrement sensible, présentant une zone résistante d'ailleurs mal limitée. Une laparotomie médiane montra du pus épanché dans tout le ventre. L'appendice était normal ; on ne découvrit de perforation ni au niveau de l'estomac, ni au niveau de l'intestin. La malade succomba quelques heures après. A l'autopsie, on ne découvrit, comme cause de la péritonite, qu'un diverticule gangrené de l'S iliaque portant une petite perforation à son sommet, le segment d'intestin était d'ailleurs recouvert de nombreux diverticules.

Obs. 24. — *Péritonite mortelle. Muqueuse diverticulaire mince, mais non perforée (LOOMIS, 1870).*

Chez un homme de 70 ans, péritonite entraînant la mort.

Plusieurs diverticules remplis de matière fécale. La muqueuse est extrêmement mince, mais non perforée. L'auteur considère cette observation comme un cas de péritonite par propagation.

Obs. 25. — *Péritonite diverticulaire fruste. Opération tardive. Mort.* — Louis PRAT (*Soc. Chir.*, 22 octobre 1929).

Le 23 novembre 1928, le Docteur Gluge (qui a rédigé l'observation), est appelé, le soir, auprès de M. Hoch..., 71 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, sauf il y a 4 ans, où il eut une entérite aisément guérie et, ces temps derniers, de la dysurie par hypertrophie prostatique ou par peridiverticulite ayant entraîné de la péricystite.

Il porte une hernie inguinale droite.

Depuis 2 ou 3 jours le malade souffrait du ventre, mais ce ne fut que le 23 novembre qu'il dut s'aliter. Le soir, les douleurs deviennent intolérables et s'accompagnent de vomissements contenant des matières noirâtres, vraisemblablement du charbon pris pour désinfecter l'intestin. Ventre douloureux à la palpation, un peu partout, peut-être cependant davantage du côté droit. Pas de défense. Le Docteur Gluge fait un lavage d'estomac, une piqûre de morphine. Nuit pénible.

Le lendemain 24, le malade est gai, a le ventre souple. Belladone. La situation est rassurante. La journée confirme cette impression. Le 25 au soir, le Docteur Gluge est rappelé. Le ventre s'est ballonné, pointant en avant. Nausées, douleurs. Consultation avec le docteur Kohler, le malade refusant une consultation chirurgicale. Le toucher rectal révélait une masse molle peu nette dans le petit bassin. A cause de la présence de la hernie, on pense à une bride possible occasionnant une obstruction intestinale. Sérum salé et hypertonique, génatropine. Huile camphrée.

Le lendemain 26, le Docteur Prat est appelé à voir le malade.

Il trouve un malade fatigué, vomissant, n'ayant pas émis de gaz, mais sans température et avec un pouls peu rapide. Le ventre est ballonné, surtout au centre, moins aux flancs. Peu de douleur à la pression. Pas de contracture accusée.

Le toucher montre une prostate de la grosseur d'une orange. Au delà, à bout de doigt, sensation vague que le Douglas manque de souplesse ; on a le sentiment qu'il y a quelque chose dans le petit bassin.

On porte le malade d'urgence à la maison de santé, où un lavement bismuthé est administré d'urgence (D^r Paschetta). Il montre un arrêt au niveau de l'S iliaque qui ne dure qu'un instant. En retournant le malade, on voit le bismuth qui file dans tout le gros intestin : donc pas d'obstacle au niveau du gros intestin. Les images intestinales sont irrégulières et difficiles à interpréter.

Opération, éther (Docteurs Gluge et Prat). Laparotomie médiane. A l'ouverture, un peu de gaz s'échappe. Liquide séro purulent. Anses rouges, tendues et recouvertes par endroits d'une fausse membrane vert noirâtre. Pas d'odeur.

A cause des gaz échappés dès l'ouverture, je pensais à une perforation : appendice sain. Dévidement sans éviscération du grêle. Estomac sain. Dans le petit bassin enfin, je découvre des appendices épiploïques adhérents de l'S iliaque. Et sur cet intestin, je constate une multitude de diverticules en grappe. C'est là le maximum des lésions (fausse membrane, pus), nul doute que ce soit un de ces diverticules probablement perforé qui ait donné naissance à la péritonite diffuse. La pression artérielle du malade a beaucoup baissé. Sérum anti-gangréneux Mikulicz. Glace. Toniques cardiaques. Le malade, dans la journée, surmonte aisément le choc opératoire. Le soir, il est parfaitement bien. Pouls à 90. Température 37,6. Ventre souple. Facies bon. Ne souffre plus.

Mais dans la nuit, brusquement, collapsus cardiaque. Mort le lendemain matin.

L'analyse du pus de la cavité péritonéale a révélé du colibacille.

Obs. 26. — *Péritonite diverticulaire fruste. Opération tardive. Mort.* — (PATEL, *Lyon Chirurgical*, 1922, page 218).

Homme de 66 ans, sans antécédents particuliers, fut pris brusquement, le 29 octobre 1921, d'une douleur vive dans la partie inférieure droite de l'abdomen.

Le Docteur Galichon, qui vit le malade presque aussitôt,

constata un abdomen rétracté, douloureux, sans symptômes généraux inquiétants. Le surlendemain 31 octobre, l'abdomen se météorisa, le pouls atteignait 100 de pulsation, l'état général devenait plus mauvais. Le malade arriva à l'hôpital de la Croix-Rousse vers la fin de la matinée. Je constatai un abdomen météorisé, surtout dans sa moitié inférieure, sans contractions péristaltiques, avec une paroi résistante et douloureuse ; le pouls était petit à 100. Pas de vomissements, pas de selles, pas de gaz depuis le début de l'infection. L'indication opératoire était formelle ; il existait des signes d'occlusion et de péritonite ; il pouvait s'agir de volvulus de l'S iliaque, étant donné le météorisme localisé, ou d'une crise d'appendicite avec péritonite. Laparotomie sous-ombilicale médiane : aussitôt après l'ouverture du péritoine, il s'échappa un liquide louche d'odeur fécaloïde faisant immédiatement supposer une perforation des voies digestives. Les anses intestinales étaient distendues, recouvertes de fausses membranes, la péritonite était localisée, surtout dans la moitié inférieure, la région cæco-appendiculaire était saine. En relevant l'S iliaque, j'aperçus, recouvrant sa face inférieure, des fausses membranes plus épaisses ; le Douglas contenait du liquide fécaloïde en grande quantité. L'exploration de l'S iliaque me permit de reconnaître l'existence d'une saillie indurée qui n'était qu'un diverticule de l'S iliaque perforé au sommet et présentant un calcul stercoral à son intérieur. Le diverticule fut réséqué et enfoui. Péritoine lavé à l'éther. Mort le lendemain.

Autopsie : pas d'autre cause de péritonite. L'S iliaque que je vous présente porte une série de diverticules de dimensions variables, contenant pour la plupart une concrétion stercorale. La surface intérieure de l'S iliaque est saine.

Obs. 27. — *Péritonite diverticulaire latente. Mort.* (SCHREIBER in PATEL, 1911).

Homme 63 ans, sans histoire antérieure. Constipation récente ; abdomen distendu, sans péritonite évidente. Mort.

Autopsie : Diverticules nombreux (14), de la grosseur d'une cerise, à parois épaisses, contenant des matières fécales. Lumière intestinale quelque peu rétrécie. Un diverticule était perforé.

Obs. 28. — *Poussée de diverticulite. Lavement opaque. Péritonite fruste. Intervention. Mort par embolie pulmonaire* (DE QUERVAIN).

Homme de 69 ans, amené à la clinique le 26 mars 1913, pour crise abdominale aiguë douloureuse. Diarrhée de longues durées. Depuis 3 mois il se plaint d'une constipation opiniâtre ; cliniquement, on constate l'existence d'un processus inflammatoire aigu dans le bas-ventre avec localisation à gauche (douleur à la pression, résistance légère). En l'absence de fièvre, le pouls étant normal, abstention. Le lendemain, lavement baryté, mais celui-ci est évacué aussitôt. Le 28 mars, évacuation de matières et de gaz. De nouveau, coliques et gaz. Le 29 mars, alternatives de crises coliques et d'accalmies. Nouveau lavement baryté ; remplissage modéré de l'ampoule ; sigmoïde complètement vide, si ce n'est une unique petite boulette de substance dans son anse inférieure. Opération sous anesthésie à l'éther : ouverture à droite ; un peu de pus dans le ventre, péritoine rouge, appendice sain. En explorant dans la profondeur, on ramène sur le gant un peu de bouillie barytée. Ouverture à gauche. Appendice épiploïque volumineux adhérent. Sigmoïde adhérent au haut du rectum, plaques de fibrine. On ne voit pas de perforation. Anus sur le cæcum. Drainage. Amélioration des symptômes ; l'anus fonctionne d'une manière satisfaisante.

Le 10 avril, mort par embolie pulmonaire.

Autopsie : Au niveau du sigmoïde, très petits diverticules dont l'un est perméable à la sonde jusque dans la cavité péritonéale.

Obs. 29. — *Péritonite fruste par rupture d'un abcès péridiverticulaire. Drainage. Mort.* (DE QUERVAIN).

Homme de 73 ans, bien portant, en dehors d'une hypertrophie de la prostate nécessitant un cathétérisme régulier. La seule chose qui lui était arrivée tout dernièrement était des selles anormalement fétides. Il y a deux jours, il tombe brusquement malade avec des phénomènes qui, en première ligne, faisaient penser à une occlusion intestinale. Des vomissements étaient survenus dans le courant du deuxième jour.

Pouls à 100, température 36°5. Tympanisme, un peu d'épanchement libre, pas de résistance abdominale, résistance vague siégeant haut dans le rectum. Arrêt des matières et des gaz depuis environ 24 heures. Le diagnostic différentiel envisageait : une appendicite centrale, une complication inflammatoire péritonéale de la cystite en cours, un carcinome jusque-là latent ; abstraction faite des éventualités exceptionnelles.

Opération le 11 mai 1913 au soir. Incision médiane, sous-ombilicale. Issue de pus inodore remplissant le ventre, mais surtout le petit bassin. Présence de nombreux diverticules du sigmoïde, plus ou moins enflammés. L'anse sigmoïde est elle-même violacée, recouverte de fausses membranes. Nulle trace de perforation visible. Lavage, drainage, anus caecal. Le 13 mai, mort de péritonite progressive.

Autopsie : la totalité de l'anse sigmoïde épaissi était le siège de diverticules qui, longs de quelques centimètres jusqu'à la longueur d'un petit doigt, étaient enfouis sous des appendices épiplœiques.

Inflammation diffuse s'étendant aux diverticules, à la paroi côlique. L'ensemble de la pièce adhérait au bassin.

A l'ouverture de l'intestin (1), la muqueuse se montre par places criblée de nombreux orifices diverticulaires en mailles de filet. De la plupart des diverticules la pression fait sourdre des matières ; on ne trouve pas de diverticules perforés. L'évolution paraît bien être la suivante : Tout autour du côlon pelvien s'est formé un abcès circonscrit qui s'est rompu secondairement dans la cavité péritonéale entraînant une péritonite mortelle.

Obs. 30. — *Diverculite aiguë. Péritonite subaiguë. Résection sigmoïdienne. Guérison.* (DELORÈS : *Lyon Chirurgical*. Séance du 4 février 1932, page 475).

Homme de 50 ans, atteint de deux hernies inguinales directes par faiblesse de la paroi ; 4 enfants.

Je le vois le 22 décembre, à 3 heures du soir ; il a été

(1) DELORE. La fig. n° 7 p. 22 est la reproduction de cette pièce.

pris la veille d'une douleur dans l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque gauche. Arrêt des gaz et des matières : il n'a pas vomi. la température est à 37°8 et 38°3, pouls à 90. Cet homme est agité, inquiet. Le Docteur Mollard, qui le soigne, réclame un avis chirurgical.

En l'examinant, on remarque un léger tympanisme et l'on réveille une douleur avec maximum dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, chez cet homme plutôt gras, les sensations sont mal définies ; mais on croit sentir un peu d'empâtement du côté gauche en même temps que l'on provoque là, une certaine douleur. Comme cet homme n'avait jamais accusé de troubles de la défécation et que, d'autre part, j'avais opéré quelque huit jours plus tôt un homme de 63 ans atteint de sigmoïdite subaiguë, nous posâmes le diagnostic ferme de sigmoïdite aiguë, probablement avec diverticulite.

Nous proposâmes la glace et la diète jusqu'au lendemain matin où nous devons décider l'intervention, mais ce malade inquiet, insista auprès de nous avec tant de confiance pour être opéré tout de suite, que nous nous rendîmes aussitôt à ses arguments.

22 décembre, à 6 heures du soir :

Laparotomie médiane sous-ombilicale : les anses grêles sont légèrement rouges et dilatées. Après les avoir refoulées je vais à la recherche de l'S iliaque et du côlon pelvien probabés dans le Douglas. Ce dernier, au méso assez long, est adhérent lâchement dans le Douglas comme l'est un appendice atteint d'inflammation aiguë. Pendant son décollement au doigt, il s'écoule de la sérosité purulente qui est aussitôt étanchée. Enfin le côlon pelvien peut être extériorisé et examiné ; il porte sur son bord libre un diverticule sessile, du volume d'une grosse noix, dont la paroi amincie laisse échapper du pus franc avec un calcul stercoral. Sur une longueur de 7 à 8 centimètres, le côlon pelvien est induré. Que fallait-il faire ?

J'ai préféré réséquer cette zone indurée en emportant avec elle le diverticule suppuré. Pour rétablir la continuité intestinale, j'ai employé la technique suivante :

Les deux bouts rapprochés furent réunis l'un à l'autre sur

les $\frac{3}{4}$ de la circonférence au moyen de trois plans de sutures au catgut, un drain fut alors placé dans le bout supérieur et le péritoine soigneusement refermé en laissant, cependant exposé au dehors, tout autour du drain, une zone de l'intestin que l'on recouvrit d'un peu de gaze (sorte d'exclusion péritonéale toute petite). Enfin la paroi fut suturée sauf au niveau du drain et de la petite mèche. Les suites furent idéalement simples. Les gaz passèrent par le drain dès le deuxième jour, quelques matières liquides le quatrième jour. Une légère purgation fut administrée le septième jour, le drain enlevé le huitième jour, un lavement donné le neuvième jour. Dès le dixième jour, une selle sortait par l'anus normal, la fistule abdominale ne donnait presque plus de matières le quinzième jour. Elle fut pratiquement tarie au bout de trois semaines et au bout d'un mois cet homme reprenait en partie ses occupations. Je dois ajouter qu'après la résection et la suture, j'examinais le côlon pelvien : à 5 ou 6 centimètres de la zone réséquée, je trouvais un autre diverticule non enflammé mais contenant une boulette fécale, je refoulais le calcul ; 2 centimètres plus bas se trouvait un autre diverticule contenant une autre boulette que je ne pus refouler : il fut réséqué après ligature, le moignon fut enfoui.

Obs. 31. — *Diverticulite aiguë gangreneuse opérée avant rupture. Guérison.* (FINSTERER : *Medizinische Klinik*, tome XXI, n° 9, 4 décembre 1925, pages 1841 à 1842).

Femme de 66 ans, obèse, opérée huit ans auparavant de cholécystectomie. Depuis bonne santé, pas de troubles intestinaux.

En juillet 1925, brusque douleur dans la fosse iliaque gauche, arrêt des matières et des gaz. Au niveau de la cicatrice de la laparotomie, petite hernie libre. Orifices inguinaux normaux. Douleurs vives et défense pariétale dans la fosse iliaque gauche. Pouls, 70 ; température normale. Diagnostics portés : petite hernie étranglée, volvulus d'un appendice épiploïque ou perforation d'un diverticule de Graser du sigmoïde.

A l'opération (anesthésie locale complétée par éther), à

la partie supérieure du côlon pelvien, une tumeur de la taille d'un œuf reposant sur la paroi intestinale ressemblant à un carcinome à surface hémorragique. Au cours des manipulations elle se détache brusquement (il s'agit d'un appendice épiploïque infiltré) laissant place à un diverticule muqueux faisant hernie et étranglé à travers la musculuse. Ce diverticule est rempli de matières fécales. Il est gangreneux et la paroi se déchire sous la pince. L'opérateur invagine ce diverticule dans la lumière intestinale et suture la paroi musculo-séreuse. Fermeture de la paroi abdominale avec drainage. Guérison.

Obs. 32. — *Diverticulite aiguë après traumatisme. Opération. Extériorisation. Guérison.* (BALLIN).

Homme âgé de 39 ans, accident d'automobile, reçoit le volant dans le côté gauche de l'abdomen. Immédiatement après l'accident, commence à se plaindre de douleurs sourdes, constantes dans le bas-ventre, avec, par moments, des paroxysmes dans le cadran inférieur gauche. Le lendemain, contracture douloureuse avec masse palpable.

A l'intervention : sigmoïde enflammé recouvert d'adhérences lâches. Tuméfaction inflammatoire dans le méso-sigmoïde. Extériorisation de l'anse suspecte. Guérison.

Obs. 33. — *Diverticulite aiguë. Péritonite subaiguë. Résection du diverticule. Guérison.* (BALL Rutland : *The Journal of the American medical Association*, 1920, tome LXXIV, n° II, p. 722-23).

Il s'agit d'un homme de 48 ans, grand de 5 pieds 10 pouces, pesant 180 livres, bien bâti et normalement proportionné, sans antécédents pathologiques, ayant travaillé ferme jusqu'à la veille de l'opération.

Aucun accident antérieur, si ce n'est une sensation de malaise dans la fosse iliaque gauche avec douleur aiguë durant quelques minutes ; pas de diarrhée, mais plutôt de la constipation ; pas de sang dans les selles. Cependant, en septembre 1928, il a eu une crise intestinale qui l'a obligé à interrompre son travail durant huit jours ; le séjour au lit et un régime approprié l'ont remis sur pied.

Le 15 mai au matin, le patient entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales très intenses ; il paraît très gravement atteint. L'abdomen est contracturé avec maximum de la rigidité à gauche ; les cuisses sont fléchies ; la respiration courte et geignante. Température, 38° ; pouls, 88 ; respiration, 22-24.

L'urine et le sang sont examinés. Les urines sont normales ; le cœur et les poumons indemnes. Dans le sang, il y a 15.000 leucocytes avec 83 % de polynucléaires par millimètre cube, ce qui implique une intervention d'urgence.

Opération : laparotomie médiane. Les intestins sont distendus par des gaz et le péritoine congestionné surtout à gauche ; dans le flanc gauche, l'épiploon adhère au côlon sigmoïde. Après libération de celui-ci, la masse restante est extériorisée ; elle a beaucoup plus l'apparence d'une tumeur maligne que d'un processus inflammatoire ; un ganglion voisin hypertrophié semble apporter un argument de plus en faveur de cette hypothèse.

L'exploration du côlon depuis son origine jusqu'à la masse montre que celle-ci répond à la partie ascendante du côlon transverse et un examen fait trouver un plan de clivage qui permet le décollement de la masse sur presque toute son étendue ; elle apparaît alors reliée seulement à l'intestin par un court pédicule qu'on sectionne et qu'on enfouit.

Après son ablation, la masse est immédiatement ouverte ; on y trouve une concrétion fécale du volume d'une petite noisette faisant issue hors d'un diverticule intestinal. De même, ce qu'on avait pris pour un ganglion hypertrophié montre à la coupe une concrétion fécale et doit être un second diverticule.

L'exploration du côlon sur toute son étendue fait reconnaître l'existence de nombreux appendices graisseux du volume d'une noisette ; il y a tout lieu de croire que ce sont des diverticules non oblitérés, ce qu'à d'ailleurs confirmé la radio après la guérison.

En dehors d'un peu d'infection superficielle de la plaie, la guérison se fit sans incident et le malade retrouve une santé parfaite.

Obs. 34. — *Péritonite progressive d'origine diverticulaire provoquée par une purgation. Mort.* (Brewer, *American journal of the Medical Sciences*, octobre 1907).

54 ans. Entre à l'hôpital Roosevelt en août 1905, avec des signes de péritonite généralisée. Quatre jours auparavant : violente douleur abdominale, nausée. Pas de fièvre. Purgation.

Au troisième jour, la température s'élève, les signes s'accroissent. Diagnostic : appendicite perforée.

Opération : Perforation diverticulaire, suture, drainage. Mort.

Obs. 35. — *Rupture d'un abcès diverticulaire. Péritonite en deux temps. Opération. Guérison.* (Willian, *Lancet*, 10 novembre 1932.)

Miss D. F., 54 ans (sœur de la malade de l'observation n° 14). Se plaint de douleurs dans le côté gauche, le 1^{er} mars 1932. La douleur n'était pas très vive d'abord, mais une tuméfaction douloureuse apparaît dans le flanc gauche.

Dans les derniers trois mois, elle ne pouvait supporter une pression sur ce côté de l'abdomen ; mais la malade mettait cet état sur le compte d'un mal de Pott dont elle était atteinte. Elle portait en effet, depuis quelques années, un corset d'immobilisation. Je la vois durant la nuit en consultation avec le Docteur Hay. Je trouve une tuméfaction arrondie de la grosseur d'un œuf de poule sur le côté gauche de l'abdomen à la hauteur du bord externe de la portion moyenne du côlon descendant. Il n'y avait pas de contracture (« rigidity » dans le texte) des muscles sous-jacents. Température, 38°. Pas de vomissements ; mise en observation à la clinique. Urines normales. Un lavement opaque ne montre rien de spécial. Dans les 48 heures suivantes, la douleur augmente progressivement, la tuméfaction devient de plus en plus douloureuse. Toujours pas de contracture. la température reste en plateau. Sauf l'absence de vomissements, les signes sont ceux d'une appendicite avec abcès à gauche. Toutefois, les viscères ne sont pas transposés.

Dans l'après-midi du 3 mars, la douleur devient soudain très vive et, pour la première fois, apparaît la contracture

au-devant de la tuméfaction. Intervention immédiate : deux anses d'un très long côlon pelvien sont accolées par des adhérences récentes enfermant une petite collection de pus fétide. Au milieu des adhérences il y avait un diverticule perforé du côlon. Un petit calcul stercoral dur était près de la perforation. Après toilette péritonéale, la perforation est fermée par des points séparés au catgut. Drainage par drain de caoutchouc. On ne voit pas d'autres diverticules. Guérison sans complications.

Obs. 36. — *Péritonite en deux temps. Opération. Mort.*
(MALCOM TAYLOR, *British Med. Journal*, 18 juin 1932, page 1125.)

Homme de 69 ans, admis à l'hôpital le 7 décembre 1931, pour douleur abdominale. Aucun antécédent particulier, si ce n'est une « indigestion » quinze ans auparavant. On avait pensé, à cette époque, à un ulcus duodénal. La veille de l'admission, après le thé, douleur abdominale subite, prédominant dans la moitié inférieure. Un médecin, consulté, prescrit de la poudre de Dower. Le lendemain matin, ventre souple. Température, 37° ; pouls, 76 ; pas de douleur. A 5 heures de l'après-midi, le même jour, la douleur réapparaît, contracture généralisée. Température, 37°5 ; pouls, 132. Disparition de la matité hépatique. Diagnostic : perforation d'un viscère creux. L'histoire de l'indigestion fait penser à une perforation d'ulcus duodénal. Mais la douleur bas située fait que la perforation diverticulaire vient à l'esprit du chirurgien. On fait une petite boutonnière para-médiane droite. Il s'échappe un peu de gaz et un exsudat laiteux inodore. On ne voit pas d'aliments. Mais comme le malade était à la diète depuis plus de 48 heures, on pense quand même à une perforation duodénale. L'incision est prolongée par le haut.

Rien à l'examen ; rien au duodénum ; rien dans la vésicule ; rien dans l'appendice ; rien dans le pancréas.

L'intestin grêle est déroulé : normal. Mais en extériorisant la dernière portion de l'iléon, dans le bassin, apparaît du liquide grisâtre, fécaloïde. On palpe les derniers centimètres du sigmoïde : existence de nombreux diverticules.

En agrandissant la cicatrice vers le bas on aperçoit la perforation. Elle admet l'extrémité de l'index, les bords en sont noirâtres et gangréneux. Avec l'aide d'une longue pince porte-aiguille on arrive à fermer la perforation, à y appliquer une frange épiploïque ; on envisage une colostomie, mais vu l'état du malade on se contente d'un large drainage. Suites opératoires : normales. Le quatrième jour apparaît une petite fistule. Pas de météorisme, pas de vomissements, pas de température. Mais le huitième jour se déclare une broncho pneumonie qui emporte rapidement le malade.

Obs. 37. — *Sigmoïdite aiguë probablement diverticulaire. Péritonite en deux temps. Intervention : extériorisation. Mort.* (H. WELTI, *Société anatomique de Paris*, Séance du 5 juillet 1928.)

V... Adolphe, 59 ans, ébéniste, est admis d'urgence à l'hôpital de Vaugirard, pour une crise douloureuse abdominale.

Depuis deux ou trois mois, le malade se plaignait de troubles plus ou moins vagues, les digestions étaient difficiles, accompagnées de sensations douloureuses dans la fosse iliaque gauche et la défécation réveillait assez souvent ces douleurs : selles normales, aucun amaigrissement.

Le dimanche 1^{er} avril 1927, le malade, assis et lisant son journal, ressent brusquement une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. Un besoin impérieux d'aller à la selle ne donne aucun résultat. Rapidement tout rentre dans l'ordre, aucune nausée, aucun vomissement ne sont notés au cours de cette crise. Cependant le malade s'alite ne se sentant pas bien et un médecin consulté conseille le transport à l'hôpital de Vaugirard (service du Docteur Pierre Duval).

Au moment de son admission, l'examen met en évidence un abdomen souple dans son ensemble, si ce n'est au niveau de la fosse iliaque gauche. En ce point, au-dessus de l'arcade crurale, un certain empatement est perceptible et la palpation est douloureuse. Température, 39°8 ; pouls, 100.

Le 6 avril, sous l'influence de la glace, la température descend à 39°. Rétention d'urine nécessitant un sondage. La fosse iliaque reste sensible mais l'empatement a dimi-

nué, et rien ne fait penser à l'existence d'une collection suppurée. Du 6 au 10 avril, état stationnaire. Le malade va régulièrement à la garde-robe : selles un peu pâteuses mais de coloration normale, sans glaires ni sang. La température oscille au voisinage de 38°, l'abdomen est souple. La douleur et l'empâtement de la fosse iliaque persistent et se précisent à nouveau. Le 11 avril au matin, température 37°2. Le malade se sent bien lorsque, brusquement, il est pris d'une douleur extrêmement vive. Son visage est d'emblée cyanosé, sa respiration courte, superficielle. Pouls, 125. Les jambes sont fléchies, l'abdomen météorisé est contracturé, tendu, uniformément douloureux. Bien que deux heures seulement se soient écoulées depuis le début de cette nouvelle crise, l'état du malade est extrêmement grave ; il est couvèrt de sueur, sa respiration est très accélérée, son pouls est irrégulier. L'intervention chirurgicale *in extremis* que nous pratiquons immédiatement est la suivante :

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; anesthésie locale avec quelques bouffées d'éther. Du pus fécaloïde brun verdâtre s'écoule au moment de l'ouverture de la cavité péritonéale. En refoulant les anses grêles on se rend compte que ce pus provient de la fosse iliaque gauche et du petit bassin. Périssigmoïdite importante, du tissu graisseux et des franges épiploïques hypertrophiées masquant le côlon sigmoïde. On résèque une de ces franges sphacélées. Au voisinage de son insertion on aperçoit alors, sur le bord libre du côlon sigmoïde, au niveau de la partie moyenne, un orifice admettant la pulpe de l'index limité par des franges sphacélées. Cet orifice semble être celui d'un abcès développé dans la paroi intestinale, mais aucun pus ne s'en écoule. En décollant vers le pelvis, ouverture d'une cavité suppurée péritonéale ; paroi suturée en un plan. Un gros drain est laissé au contact des lésions.

Le malade meurt quelques heures après l'intervention.

Autopsie : Examen du côlon ilio-pelvien : le mésocolon est surchargé de graisse, particulièrement au niveau de son insertion sur l'intestin, et la graisse, s'étendant sur les faces latérales du côlon, masque presque complètement le tractus digestif d'autant que les franges graisseuses sont très hyper-

plasiées. En un point même, et sur une étendue de 10 centimètres, ces franges forment avec la graisse du méso un bloc recouvrant entièrement le côlon et c'est au centre de cette masse grasseuse que l'on constate la présence de l'orifice découvert au cours de l'intervention. La graisse sur toute la circonférence de cet orifice est sphacélique. L'intestin est sectionné longitudinalement suivant son bord libre et nous constatons que l'orifice précédent est celui d'un abcès développé dans la paroi intestinale. Le côlon iliaque au-dessus de la lésion est normal, non distendu. Les parois ne sont pas épaissies, sa muqueuse est saine, en particulier elle n'est pas exulcérée. Puis progressivement la paroi de l'intestin s'épaissit, cet épaississement est, avant tout, en rapport avec une surcharge adipeuse de la sous-séreuse, avec l'hypertrophie des franges épiploïques et c'est dans cette graisse que l'abcès s'est développé. Celui-ci siège au niveau du bord libre de l'intestin. Ses dimensions sont celles d'une petite noix. En dedans, une muqueuse partout intacte, sépare l'abcès de la lumière intestinale. La muqueuse est d'apparence normale. Elle est vallonnée par de nombreux replis transversaux secondaires à l'épaississement de la paroi intestinale. La musculuse est visible en-dedans de l'abcès épaissi supérieurement et inférieurement. En regard de la partie moyenne de la cavité abcédée, elle est très amincie. En dehors, seul un tissu grasseux limite l'abcès, la graisse est stratifiée sur sa face externe donnant à tort l'impression d'un dédoublement de la musculuse. La cavité aux parois sphacéliques s'est ouverte dans la cavité péritonéale au voisinage de son pôle inférieur. Remarquons la disposition des franges épiploïques très augmentées de volume, elles se chevauchent et l'abcès a fusé dans un interstice limité par leur accollement. De même au-dessous de l'abcès l'augmentation de volume des franges est telle que, sur 5 centimètres encore, l'épaisseur de la paroi intestinale est supérieure à 3 centimètres, la graisse repousse la musculuse et la muqueuse déterminant des replis transversaux qui limitent de faux diverticules. Malgré un examen méthodique, nous ne pouvons trouver aucun diverticule véritable. Notons qu'inférieurement, de façon assez brusque, la paroi intestinale redevient nor-

male, l'intestin était rempli au-dessus et au-dessous de l'abcès de matières pâteuses sans glaires, ni sang.

Examen histologique : Poussée inflammatoire aiguë sur un tissu conjonctif en état de réaction inflammatoire chronique. Cette observation est intéressante à différents points de vue, tout d'abord la sigmoïdite vraisemblablement n'a pas été secondaire à l'infection d'un diverticule, ou ce diverticule aurait été unique. Ce fait vient à l'appui des constatations récentes de Desmarets et de ses élèves.

D'autre part, l'examen de la pièce permet de préciser le siège de l'abcès en-dehors de la muqueuse et de la musculuse, dans le tissu graisseux sous-séreux.

Cette observation pose, enfin à nouveau, la question de la meilleure conduite thérapeutique à adopter. Dans le cas présent, plutôt que d'attendre le refroidissement, il eût peut-être mieux valu intervenir précocement et drainer les lésions pelviennes avant que l'infection ne se soit généralisée ; cela aurait-il suffi pour éviter l'évolution fatale ? La résection de l'anse sigmoïde après extériorisation, en supprimant le foyer infectieux primitif, aurait été le traitement le plus sûr. Mais la surcharge graisseuse du méso, sa rétraction, la fixité de l'anse n'auraient pas permis de réaliser ce traitement idéal, d'autant que la lésion siègeait assez bas sur le côlon sigmoïde.

Cette observation, à première vue, ne semble donc pas correspondre à un cas de diverticulite. Mais l'existence d'antécédents digestifs, de douleurs dans la fosse iliaque gauche ne cadrent pas avec une sigmoïdite primitive. Il est possible qu'il s'agisse d'une perforation d'un diverticule unique. Notre maître et ami, le Docteur Welte, que nous avons interrogé depuis la publication de cette observation, abonde dans ce sens.

LES PERITONITES DIVERTICULAIRES LOCALISEES PERISIGMOÏDITES PLASTIQUES ET SUPPUREES

Le siège le plus fréquent des diverticules étant le côlon sigmoïde, les péritonites localisées qui en peuvent dépendre seront iliaques, ou pelviennes, ou iléo-pelviennes.

Iliques, ces péritonites localisées vont réaliser un « plastron » dans la fosse iliaque gauche, tout comme une appendicite peut le réaliser dans la fosse iliaque droite. Jadis ces péritonites localisées appendiculaires étaient très fréquentes, lorsque la règle chirurgicale voulait que soit tenté le refroidissement de l'appendicite, mais de nos jours, l'appendicectomie aux premières heures de la crise est devenue la loi chirurgicale de sagesse et a fait ces péritonites plus rares.

Mais comme le traitement opératoire des diverticulites iliaques n'est encore envisagé qu'« à froid », nous verrons souvent des sigmoïdes plastiques ou suppurées évoluer sous nos yeux.

C'est l'existence d'adhérences préexistantes de l'intestin provoquées par des crises antérieures de diverticulite, à poussées successives, qui prépare et permet la localisation iliaque de la péricolite suppurée. La localisation pelvienne est encore plus facile : on sait combien la disposition anatomique du petit bassin y facilite la limitation des suppurations : ainsi en

est-il dans les affections génitales de la femme par exemple. Avant que ce soit déclenchée un jour la crise suppurative, la malade de Monsarrat avait souffert de poussées périodiques de diverticulites depuis 2 ans (Obs. 48), celui de Ballin (Obs. 44) depuis 4 ans, le patient de Bensaude (Obs. 43) consultait depuis 8 ans tous les grands spécialistes des deux mondes, la malade de Louis Prat (Obs. 41) était atteinte depuis 18 ans de poussées côlites avec ébauches d'obstruction intestinale. Ces crises, sans doute provocatrices d'adhérences, avaient rendu possible la localisation de la péritonite enfin survenue.

Péritonite plastique

La péritonite localisée reste plastique ou elle va devenir suppurée. Le début de la péritonite plastique se perd dans les symptômes trainants d'une crise de diverticulite. Le sigmoïde qui était resté douloureux, mais dont les bords s'étaient toujours manifestés nets et perceptibles, a perdu sa mobilité et son individualité ; la tuméfaction de cet intestin s'étale, s'élargit, s'estompe et ses limites deviennent de plus en plus floues : Il semble bientôt faire corps avec la paroi abdominale antérieure.

Bientôt le « plastron » est constitué. Sensible à la palpation, sa consistance évoque celle d'une masse de carton mouillé. Il n'y a pas, à son niveau, une véritable contracture, mais seulement de la défense musculaire. La température locale s'y révèle plus élevée que du côté sain et la peau y prend parfois une coloration rosée. Le pôle inférieur du plastron se montre

accessible par le toucher vaginal ou rectal si la péritonite tend à devenir pelvienne. On en sent alors la tuméfaction plus ou moins résistante et sensible. Dans certaines éventualités la tumeur iliaque déborde vers le haut et c'est ainsi qu'une malade de Monsarrat (Obs. 39) présentait un plastron atteignant les fausses côtes gauches.

EVOLUTION. — L'évolution de telle péritonite plastique peut être dégressive et arriver à la résolution pure et simple, spontanément ou sous l'influence du traitement médical. Alors les douleurs s'atténuent, la fièvre tombe, les évacuations intestinales reprennent leur cours normal. Le plastron s'amenuise et le côlon sigmoïde se dégage peu à peu de sa gangue pour redevenir perceptible : mais de cette poussée, il restera longtemps plus induré et plus volumineux. Tels furent les cas des observations 38 et 39. Mais fort souvent la péritonite plastique, au lieu d'évoluer vers la résolution, va poursuivre son développement pour aboutir à la formation d'un abcès.

Péritonites suppurées, abcès pérисigmoïdiens

Cette phase de suppuration s'annonce par des symptômes nouveaux : les douleurs deviennent plus vives et continues; les vomissements apparaissent plus constants, la constipation reprend ou quelquefois au contraire survient de la diarrhée. Mais surtout les signes d'infection s'affirment : la température évolue autour de 38°5, 39°, de types divers, en plateau, avec de légères oscillations ou avec des clochers poussés à 40°.

La formule sanguine confirmera la purulence par l'élévation brusque de la leucocytose où le nombre des globules blancs passera des 10.000 à 15.000 de la péritonite plastique au taux de 20 à 25.000 de la phase de l'abcès. Simultanément, l'on constatera le ramollissement local du plastron en son centre, et bientôt l'abcès ne fera plus de doute sous l'aspect d'une masse semi-arrondie, douloureuse, fluctuante ou rénitente visible à jour frisant. C'est l'heure de l'incision, nécessaire pour éviter la rupture spontanée de la collection qui se ferait, d'ailleurs rarement à la peau.

EVOLUTION. — Cette évolution naturelle peut être rapide ou elle peut traîner des semaines. L'abcès peut contenir plusieurs centaines de grammes de pus, ou il peut être de taille si réduite qu'il passera cliniquement inaperçu jusqu'au jour de sa rupture possible dans la cavité péritonéale. Il provoque alors une péritonite rapidement mortelle. L'abcès peut s'ouvrir spontanément encore dans le sigmoïde lui-même. Dès lors, à la suite d'une poussée aiguë douloureuse, survient une débâcle diarrhéique de pus et, simultanément, on constate une diminution de la tuméfaction iliaque. Cet événement peut heureusement amener une guérison au moins temporaire (Obs. 42). De même l'évacuation par le grêle est possible. Une éventualité des plus fréquentes est constituée par l'ouverture de l'abcès dans la vessie. Une phase aiguë de cystalgie annonce l'accident et brusquement une émission de pus et de sang accompagne celle de l'urine. Deux symptômes caractéristiques de la fistule colo-vésicale s'installent : la pneumaturie et la fécalurie.

Chez la femme c'est par le vagin que le pus peut se donner jour comme il advint chez la malade de l'observation 69.

Ces ruptures spontanées laisseront comme séquelles des fistules plus ou moins durables, fistules colo-vésicales, colo-vaginales, iléo-côliques, etc., que nous étudierons dans un chapitre à venir.

ABCÈS LATENTS. — On conçoit que ceux des abcès qui se forment dans la profondeur de l'abdomen ou du pelvis s'y puissent développer d'une manière latente. Ainsi les collections méso-côliques nées entre le grêle et la boucle du sigmoïde qui est parfois déjetée à droite : le malade n'accuse que des douleurs plus ou moins vives tandis que s'éveillent des signes généraux de suppuration. Mais les symptômes locaux restent obscurs. Tout au plus sent-on une résistance profonde sous-ombilicale. Le pronostic de ces abcès reste toujours grave car, mal limités anatomiquement, ils se rompent parfois dans la cavité péritonéale ou amènent des occlusions intestinales.

ABCÈS MÉSOCÔLIQUES. — De même en est-il des abcès intra-mésocôliques, véritables abcès extra-péritonéaux puisqu'ils se développent entre les deux feuillets du mésocôlon. Ils sont bien spéciaux à la diverticulite car, en effet, c'est une diverticulite contenue entre les deux feuillets du mésocôlon qui, enflammée ou perforée, est le coupable de ces abcès. Là aussi les signes physiques sont rarement perçus et ce sont les phénomènes d'infection qui prédominent. Aussi les malades sont-ils opérés sous d'autres diagnostics. Celui de

Georgi (Obs. 53) avec le diagnostic de cancer. Celui d'Auvray (Obs. 52) présentant un complexe d'infection et d'occlusion sans symptômes péritonéaux. Chez un malade de L. Prat (Obs. 51) une radiographie montre nettement une petite coulée de bismuth extra-intestinale qui, d'après l'interprétation des radiographies, se situe entre les feuillets du mésocôlon. Une radiographie postérieure montrait cette formation en voie de régression. Ce malade avait failli être opéré avec le diagnostic de néoplasme par un chirurgien non averti. Il a complètement guéri sans intervention. Mais il n'y a guère de doute qu'il doive conserver une mésentérite rétractile qui accole l'S iliaque à la paroi, lésion anatomique que nous savons particulièrement fréquente et qui n'est que la cicatrice d'inflammations mésentériques à point de départ diverticulaire.

Quand tous ces abcès sont petits et latents ils constituent des surprises opératoires, ils accompagnent assez souvent les formes tumorales de la diverticulite et on les ouvre malencontreusement lors des décollements qui poursuivent l'extériorisation de l'anse malade.

ABCÈS LIGNEUX. — Dans des cas rares la réaction plastique autour des abcès peut devenir énorme ; en son centre seulement on trouvera une petite quantité de pus. Cette éventualité semble particulière aux diverticules côliques. L'évolution de cette variété d'abcès peut se prolonger des mois et la réaction plastique peut prendre un caractère ligneux. L'observation que nous a communiquée notre Maître le Docteur Lardenois en est un bel exemple, où le malade eut une

énorme tumeur abdominale gauche qui évolua pendant près d'un an ayant entraîné la mort.

Si cette réaction plastique se fait au niveau du petit bassin, elle y produit des blocages, une immobilisation de tous les organes, une induration générale qui ont été souvent pris pour une carcinose abdomino-pelvienne. En ces divers cas l'étude de la leucocytose, dénonçant le type infectieux de la lésion, peut mettre sur la voie de la vérité.

ABCÈS LOMBAIRES ET PRÉSACRÉS. — Plus exceptionnellement un abcès diverticulaire extrapéritonéal va chercher sa voie dans la région lombaire ou la région rétro-rectale. Né d'une diverticulite siégeant au niveau d'une portion extra-péritonéale de l'intestin, il aura une évolution dorsale, vers la loge lombaire, ou vers le triangle de Jean-Louis Petit (ainsi en fut-il du malade de Patel : in thèse de Landais), ou bien il descendra derrière le rectum dans l'espace présacré ; comme il advint au malade de Prat (observation 80).

DIVERTICULITE HERNIAIRE. — A titre de rareté nous signalerons la localisation exceptionnelle d'un abcès diverticulaire dans un sac herniaire dont Stierlin (Obs. 54) rapporte un bel exemple. Ces cas de diverticulites herniaires sont tout à fait comparables aux cas bien connus d'appendicite herniaire.

ABCÈS A DISTANCE. — Enfin l'abcès diverticulaire, comme tous les foyers infectieux, va pouvoir essayer à distance des abcès métastatiques. C'est en principe dans le domaine des veines mésentériques que se fait

l'essaimage. Mackie White (Obs. 55) en relate un exemple des plus nets.

De ces foyers métastatiques de suppuration nous rapprocherons les cas de septicémie d'origine diverticulaire décrits notamment par Frantz Lichtbaum.

Obs. 38. — *Périsigmoïdite plastique diverticulaire. Abstention. Guérison.*



FIG. 16. — Radiographie du malade de l'observation n° 38. A la partie supérieure du côlon iliaque, image en « accordéon ». Un gros diverticule est marqué par la flèche.

Monsieur Stu..., 55 ans, Américain. Bonne santé générale. Constipé habituel. A été pris, il y a quelques jours, de douleurs dans le ventre.

Nous constatons, en mars 1929, une douleur dans la fosse iliaque gauche où l'on sent l'intestin en tuyau d'arrosage et douloureux. Température aux environs de 38°5. Les jours suivants, l'empâtement englobe peu à peu l'intestin ; défense musculaire marquée. On a tout à fait l'image d'une appendicite plastique à gauche. Pendant une dizaine de jours cet état persiste. Puis amélioration et assouplissement progressifs.

Traitement : glace, belladone, vaccin intestinal Ronchèse, paraffine. Nous avons porté le diagnostic de sigmoïdite par diverticulite probable.

Dès la guérison, nous avons fait faire une radiographie par le Docteur Paschetta. Elle montrait des diverticulites sur le côlon iliaque (fig. 16).

Obs. 39. — *Périsigmoïdite plastique. Abstention. Guérison.* (MONSARRAT).

Femme de ménage âgée de 61 ans ; vue pour la première fois le 14 septembre 1925. Depuis une semaine, elle était malade avec fièvre, vomissements, constipation et douleur abdominale aiguë.

A l'examen, une tuméfaction importante, douloureuse, s'étendant de la fosse iliaque gauche aux fausses côtes du côté gauche. Diagnostic : diverticulite aiguë du côlon gauche et iliaque. On décide l'abstention opératoire tant que n'apparaissent pas de signes d'abcès. Cette masse inflammatoire disparaît peu à peu.

Nouvelle poussée, bénigne cette fois, en novembre 1926.

En janvier 1927, on ne sent plus qu'un léger épaissement cœlique. Pas de signes de sténose. Un régime strict la maintient en excellente santé.

Obs. 40. — *Sigmoïdite suppurée. Opération. Guérison.* Observation inédite (Docteur BERGERET).

Monsieur D... C... Dans la nuit du 4 août 1929, un samedi soir, est réveillé par une douleur en « coup de poignard ».

Le malade essaye vainement d'atténuer cette douleur par de l'élixir parégorique.

Le dimanche 5 août, la douleur persiste accompagnée de vomissements noirâtres.

Le médecin traitant prescrit l'application de glace sur le ventre. Un lavement ne ramène pas de matières. Dans la nuit suivante, les douleurs persistent, empêchant tout sommeil. Le Docteur Bergeret est demandé en consultation le lundi 6 août. L'examen physique est presque négatif. Pas de tuméfaction à gauche, mais augmentation de la chaleur locale. On fait le diagnostic de sigmoïdite. Le malade est amené dans une clinique et placé sous surveillance chirurgicale.

Le mardi 7 août, le malade a une hématomèse abondante. On continue le traitement médical : diète absolue, glace sur le ventre. L'intervention chirurgicale est décidée en principe. Le lendemain, le malade a encore une hématomèse abondante.

Son état général est alarmant ; sérum salé ; on envisage l'éventualité d'une transfusion sanguine.

A 6 heures, le même jour, intervention : anesthésie locale, incision iliaque gauche. Il sort très peu de pus. Drain, glace, diète.

Le 26 août, ablation du drain ; la plaie se ferme spontanément.

A la fin de septembre, la guérison persiste jusqu'à ce jour.

Etat actuel : le malade a 3 ou 4 selles moulées par jour, quelquefois étirées, rubannées, fragmentées.

Par ailleurs, excellent état général ; cet ingénieur, très vert pour son âge (60 ans) monte à cheval, fait de longues randonnées au volant de sa voiture. Un lavement opaque, pratiqué en octobre 1929, avait montré une image de sigmoïdite. Pas de diverticules apparents. Il n'a pas été fait de cliché après évacuation.

Réflexions : Ce malade a présenté une sigmoïdite aiguë, avec péricigmoïdite opérée précocement puisque la quantité de pus évacué était relativement minime. Nous ne nous expliquons pas la pathogénie de ces 3 hématomèses. Le malade n'avait jamais souffert de l'estomac, n'a jamais souffert

depuis ; on peut donc éliminer l'hypothèse d'un ulcus gastro-duodénal latent. De même ce malade ne présente pas de signes d'insuffisance hépatique : ni hépatomégalie, ni splénomégalie. On peut donc éliminer une hémorragie d'origine hépatique ou splénique. Quant à l'existence de diverticules, elle n'a pas été constatée ni à l'intervention, ni à la radiographie. Elle est cependant très vraisemblable. En effet, si le malade, lors d'un premier interrogatoire, nous avait dit avoir été toujours bien portant, en lui demandant de préciser ses souvenirs nous avons pu mettre en lumière tout un passé intestinal. Il avait toujours « souffert de l'intestin ». Il présentait des dérangements intestinaux fréquents, souvent provoqués par la fatigue, les excès alimentaires. Ces antécédents remontent assez loin puisque cet ingénieur, ayant fait son service militaire à 20 ans, dans les dragons, se souvient fort bien avoir présenté des crises douloureuses intestinales après des exercices d'équitation un peu prolongés. Ce long passé intestinal, ce caractère provoqué des crises nous semble bien plus en rapport avec une diverticulite méconnue qu'avec une sigmoïdite simple.

Obs. 41 (inédite). — *Abcès pelvien par diverticulite* (Louis PRAT).

Madame Grum..., 50 ans. Opérée sept ans auparavant pour salpingites suppurées. Hystérectomie totale, appendicectomie (Docteur Prat).

Après l'opération, très bonne santé. Ensuite poly-arthrite déformante progressive.

En mars 1919, douleurs abdominales basses. Fièvre entre 38° et 39°. Défense musculaire sous-ombilicale. Au toucher, empâtement douloureux, entre vessie et rectum, du volume d'un poing. Propidon. Cet état dure environ un mois, sans aggravation ni amélioration nettes.

En avril s'affirme la formation d'un abcès. Le 16 avril, la malade entre à la clinique et y est opérée d'urgence (D^r Prat) pour des signes d'occlusion. Laparotomie par l'ancienne cicatrice. Adhérence d'une anse grêle au Douglas, siège de l'occlusion. Libération de l'anse. On tombe ensuite derrière des adhérences sur un abcès à odeur colibacillaire entre vessie et intestin. On note que l'intestin sigmoïdien limitant cet abcès

est très enflammé et épaissi. Mikulicz. Drain. Sérum anti-gangréneux.

Suites : l'abcès, les premiers jours, s'améliore sous l'influence de lavages pratiqués après l'ablation du Mikulicz.



FIG. 17. — Radiographie de la malade de l'observation n° 41. Très nombreux diverticules du côlon sigmoïde, marqués par des flèches.

Mais au bout d'une huitaine de jours s'établit une fistule stercorale. Cette fistule, qui porte sur le côlon ilio-pelvien apparemment, ne se tarit que vers la fin septembre. La malade sort guérie le 2 octobre. Peu à peu la région pelvienne s'assouplit. Mais nous étions resté intrigué sur l'origine possible des accidents. Nous avons eu l'idée de faire radiographier cette malade en mai 1930 : l'épreuve montre la présence de diverticules sur le côlon ilio-pelvien (fig. 17).

Depuis l'opération de 1919, le ventre est resté sensible et cet état a nécessité la vie au ralenti. Quelquefois douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche.

En avril 1931, reprise des phénomènes abdominaux à bas bruit. Induration pelvienne, surtout perceptible par le toucher rectal. Fièvre. Propidon. Glace. Amélioration progressive en deux mois. Jamais de pus ni de sang dans les selles.

Depuis, malade perdue de vue.

Obs. 42. — *Péridiverticulite. Absès spontanément évacué par l'intestin.* (Louis PRAT, *Soc. Chirurgie*, 22 octobre 1929).

Lady Sam..., 82 ans.

Légèrement obèse. Souffre de son abdomen depuis un nombre considérable d'années. Constipation habituelle devenue, ces temps derniers, de plus en plus opiniâtre.

Crises aiguës douloureuses d'entéro-côlite avec spasmes sensibles au niveau de la fosse iliaque gauche. Une radio d'un spécialiste anglais (Jordan), le 17 mai 1912, montre qu'« à la fin de la 31^e heure le bismuth ingéré est dans le « gros intestin, du caecum au rectum.

« Dans la partie basse du côlon descendant et dans le « sigmoïde le bismuth est divisé en petits fragments donnant l'apparence d'être suspendu dans du liquide (mucus). « A la fin de la 47^e heure, une petite portion du bismuth « a été évacuée. La plus grande partie étant presque toujours contenue dans le transverse et le descendant. A la « fin de la 78^e heure il existe encore des traces dans le « côlon transverse et davantage dans le côlon descendant. « En résumé, stase marquée dans toutes les parties du gros « intestin mais plus particulièrement dans le transverse et « le descendant. Ces portions du gros intestin étant dans « la condition de contraction tonique, l'image tout entière « ressemble à ce que montre fréquemment la côlite muco-membraneuse. »

Deux radiographies du Docteur Lecoq montrent, en 1926, une sténose du côlon descendant dont l'interprétation clinique est : Diminution du calibre du gros intestin. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un néo, mais plutôt de péricolite plastique.

En 1926, le Docteur de Lawis Strafford écrivait : « Lady
« S... est atteinte de péricolite de la partie inférieure du
« côlon descendant et du début du côlon pelvien accompa-
« gnée de spasmes de l'intestin plus ou moins marqués sui-

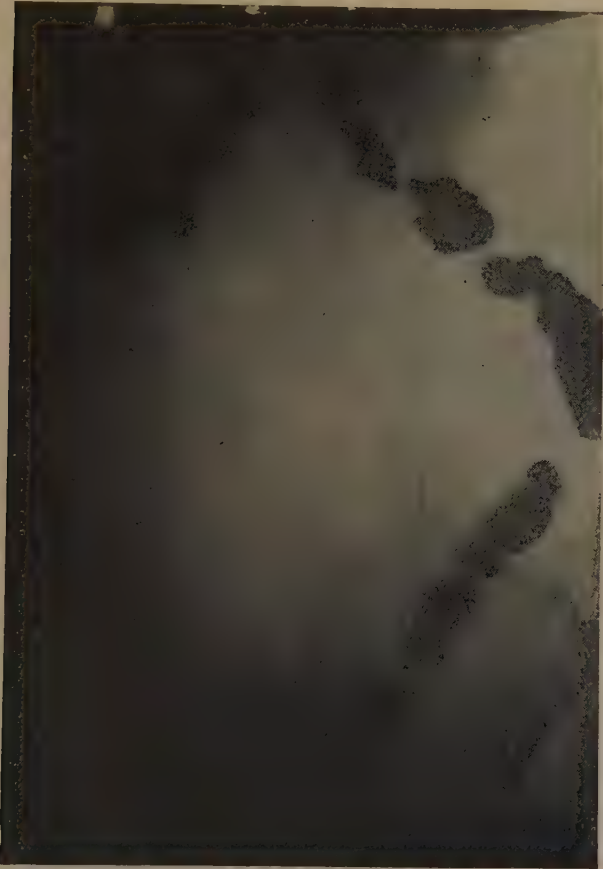


FIG. 18. — Radiographie de la malade de l'observation n° 42. Quelques diverticules vus de profil sur la partie du côlon située en dedans de la crête iliaque.

« vant les circonstances et occasionnellement de poussées
« aiguës. Les radiographies montrent un degré assez marqué
« de sténose. L'historique du cas, ainsi que la radiographie

« prise en 1912 conduisent à l'opinion que le processus est
« lent et date déjà de longues années. De temps en temps
« il se produit un état aigu dû, soit à des écarts de régime,
« soit à un refroidissement; soit à un état de constipation. »

Quelques jours après, le Docteur D'Élsnitz confirmait ce diagnostic en écrivant « troubles de côlite aiguë intermittente. Image radiologique en rapport probable avec une péri-côlite plastique. »

Depuis lors, succession de périodes d'accalmie et de crises de côlite aiguë avec parfois tendance à un peu d'obstruction intestinale. La belladone, les purgatifs, la cure solaire, les compresses chaudes, etc., calment ces crises.

En 1929, nous avons nous-même opéré la malade d'une crise hémorroïdaire violente.

En février 1930, enfin, nous avons été appelé à la revoir à l'occasion d'une nouvelle poussée intestinale. Nous avons constaté un empâtement de la fosse iliaque douloureux avec une légère couleur rosée des téguments. Au toucher rectal, rien. Température 38°5, arrêt des matières et des gaz. Ballonnement du ventre. C'était le type de la péri-sigmoïdite aiguë. Glace sur le ventre et belladone. Dans les jours qui ont suivi la malade a évacué par l'anus du sang et du pus, et la température est tombée. Le Médecin traitant a pensé qu'un abcès péri-intestinal s'était ouvert dans la lumière cœlique.

A ce moment, l'examen des radiographies anciennes nous a permis de les interpréter d'une autre manière qu'elles n'avaient été jusqu'alors. Nous y découvrons, en effet, des images incontestables de diverticules. Ainsi s'éclairait l'histoire de la côlite, de la péri-côlite, de la sténose intestinale de cette malade. (Radio n° 18).

Nous avons envisagé, malgré le grand âge de la malade, si les phénomènes s'aggravaient, la nécessité d'une dérivation (iléo-sigmoïdostomie basse) ou même celle d'un anus artificiel. Les crises s'étant amendées à la suite de l'évacuation de pus et de sang par l'anus, l'intervention n'a pas été nécessaire (1).

(1) Cette malade est morte en juillet 1930 après la constitution d'une fistule vésico-cœlique.

Obs. 43. — *Diverticulite à poussées successives évoluant pendant 7 ans. Abscès. Drainage. Guérison.* (BENSAUDE, *Maladies de l'intestin*, t. II, page 87).

Depuis plusieurs années, T... avait tendance à rendre des selles diarrhéiques, ou tout au moins pâteuses; mais ni pus, ni sang. En 1910, à l'âge de 55 ans environ, il est pris d'une douleur dans la fosse iliaque gauche; aussitôt après une purge, se déclare une péritonite aiguë, limitée au côté gauche du ventre, avec vomissements et fièvre élevée; le malade est obligé de garder le lit pendant un mois, avec des applications de glace. Après une amélioration nette, il survient dans l'année deux nouvelles crises aiguës, avec fièvre et douleurs, mais moins violentes. Dès la première crise, apparaît dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction que le malade peut sentir lui-même. Au moment des crises aiguës, les douleurs sont très vives avec des irradiations dans le membre inférieur gauche, qui l'empêchent de faire le moindre mouvement. Régime lacté, glace sur le ventre et diathermie, qui ne réussit guère.

De 1911 à 1914, amélioration; le malade a cependant de petites crises douloureuses de la fosse iliaque gauche, durant 2 à 3 jours, qui l'obligent à garder le repos et quelquefois à avoir recours à des applications de glace. Il va en Angleterre pour consulter le Docteur Moynihan, qui fait le diagnostic de diverticulite et lui propose la résection de la partie malade.

Il consulte ensuite le Docteur Depage, qui se range à l'opinion du chirurgien anglais et demande à suivre le malade dans une clinique. Mais obligé de quitter la Belgique en 1914, il reste à Lisbonne pendant une année durant laquelle il a 6 crises avec empatement de la fosse iliaque gauche et des douleurs très violentes réveillées même par le passage des gaz.

En décembre 1914, il va consulter le Docteur Calanne, de Lausanne, qui pratique une rectoscopie et trouve des érosions sur la muqueuse de l'S iliaque. Il pose le diagnostic de sigmoïdite. Lavages et pulvérisations au dermatol au rectoscope; ichtiol par la bouche, repas et régime. Le malade est très amélioré pendant un an, bien qu'il persiste un

empâtement perceptible dans la fosse iliaque gauche. Le Docteur Calanne rejette l'opération. Mais il survient en décembre 1916, une nouvelle poussée aiguë avec fièvre, douleurs très vives ; le Professeur Roux, appelé en consultation, décide une opération immédiate. Il trouve une collection purulente développée dans la fosse iliaque interne en-dehors et au-dessous de l'anse sigmoïde. Une grande quantité de pus est ainsi évacuée. Guérison, mais fistule persistante.

Obs. 44. — *Diverticulite à poussées successives. Signes urinaires. Absès de la fosse iliaque. Incision. Colostomie transverse. Guérison.* (BALLIN, *Améric. Jour. of Surgery*, fév. 1927, page 130).

Homme de 38 ans. Appendicectomie en 1909 pour appendicite chronique. En mai 1917, quatre ans avant l'admission, après quelques jours d'embarras gastrique, ce malade est pris subitement de douleurs aiguës dans la fosse iliaque gauche. Cette crise douloureuse dure huit jours. Pendant trois ans, bon état général, sauf s'il se laisse constiper ; il se plaint alors de douleurs dans la fosse iliaque gauche qui cèdent à un lavement. En octobre 1921, nouvelle attaque qui dure quelques jours et cède au repos. En avril 1921, nouvelle crise douloureuse avec paroxysme de 1/2 heure en 1/2 heure, irradiant jusqu'au gland et fréquentes envies d'uriner. Le 6 juin 1921, il est soudainement pris de douleurs très violentes dans la fosse iliaque gauche ; à minuit, la douleur est très intense s'accompagnant de frissons et de vomissements. Deux jours après, il entre au Harper's hospital. Température, 39°5 ; pouls, 120 ; 23.000 leucocytes ; 94 % de poly. A l'examen, contracture douloureuse au niveau du quadrant inférieur gauche de l'abdomen.

Le 15 juin, léger ictère et le processus se limite nettement à la fosse iliaque gauche. Opération le 25 juin. Le grand épiploon enflammé recouvre le sigmoïde ; en le séparant, du pus s'écoule. Un abcès bien localisé, contenant plus d'un « quart » de pus malodorant, avec des bulles gazeuses, est évacué. Le sigmoïde enflammé avec un appendice purulent est dans le fond de cavité. Drainage.

Suites opératoires : Emissions purulentes par plaie, qui

se tarit peu à peu ; deux ou trois accès de fièvre cédant à une émission de pus par le rectum. Un examen aux rayons X montre toute une série de diverticules cœliques.

Nouvelle opération le 3 avril 1922 dans l'espoir de réséquer la partie atteinte du côlon. A l'ouverture de l'abdomen, côlon descendant à méso très court inextériorisable. Le sigmoïde, très adhérent, entouré de tissu lardacé, on termine par une colostomie transverse. Pendant trois mois les matières sont déviées. Lavage du bout inférieur, l'aspect de la muqueuse sigmoïdienne est surveillé au rectoscope.

Le 18 septembre 1922, fermeture de l'anus. Depuis cette époque, guérison complète.

Obs. 45. — *Diverticulite de la fosse iliaque gauche. Absès. Incision. Guérison.* (MONSARRAT).

Femme, 44 ans. Début brusque avec douleurs hypogastriques et vomissements. Le quatrième jour, recrudescence de la douleur avec pouls à 120 ; température à 38°2.

A l'examen : Signe de péritonite aiguë dans la partie inférieure de l'abdomen. A l'intervention : diverticule perforé du côlon. Le côlon, adhérent aux parois de la cavité pelvienne, limite un grand abcès pelvien, qui est évacué. Exérèse du diverticule. Drainage. Guérison.

Obs. 46. — *Absès. Diverticulite de la fosse iliaque gauche. Incision. Guérison.* (MONSARRAT).

Femme de 39 ans. Malade depuis une semaine lors de son admission. Son affection avait débuté par des douleurs vives périombilicales, puis se localisant dans la fosse iliaque gauche. Vomissements fréquents pendant la semaine. Température, 38°5. Pouls, 110, avec des signes d'inflammation aiguë dans la fosse iliaque gauche. A l'intervention : abcès iliaque d'origine diverticulaire. Drainage. Une fistule stercorale dure 3 semaines, puis se tarit d'elle-même.

Obs. 47. — *Absès de la fosse iliaque gauche. Incision. Guérison.* (MONSARRAT).

Femme âgée de 40 ans ; avait eu une crise douloureuse dans le bas-ventre six semaines auparavant. Elle a de nou-

veau une crise trois semaines après, puis trois semaines après, nouvelle crise. Dans la dernière crise, la douleur était hypogastrique. Elle eut plusieurs vomissements, et la douleur dura trois jours. Le diagnostic préopératoire était celui d'appendicite.

A l'intervention, l'appendice était sain, mais une masse était sentie dans la fosse iliaque gauche. La masse était formée de l'iléon adhérent au côlon iliaque. En séparant les deux organes, un abcès s'est ouvert : il y avait un diverticule perforé du côlon iliaque. Drainage. Guérison en trois semaines.

Obs. 48. — *Abcès de la fosse iliaque gauche d'origine diverticulaire. Incision. Fistule persistante. Wassermann positif.* (MONSARRAT).

Homme âgé de 43 ans ; depuis deux ans se plaint de courtes attaques douloureuses abdominales, d'intensité moyenne. On est amené à l'examiner pendant une crise qui durait depuis un mois, durée exceptionnelle.

La température était élevée, il y avait diarrhée. Au-dessus de la symphyse, à gauche de la ligne médiane, il y avait une masse très douloureuse. Le diagnostic était diverticulite avec abcès.

A l'opération, on trouva un abcès entouré d'une masse formée du côlon et de l'iléon adhérents. Une fistule intestinale subsiste jusqu'à ce jour, empêchant le malade de reprendre son travail. Quelques mois après l'opération, le Wassermann était positif et ceci a peut-être quelque rapport avec la persistance de la fistule.

Obs. 49. — *Abcès de la fosse iliaque gauche. Opération. Guérison. Récidive, extériorisation de l'anse. Guérison.* (G. E. BREWER, 1908).

Homme de 65 ans. Crises abdominales douloureuses à début brusque. Le cinquième jour, température 39°5 ; pouls, 110. Leucocytose, 17.000. Contracture du droit gauche. Tuméfaction de la fosse iliaque gauche. Incision sur la tuméfaction : abcès de 120 cm³ contenant du pus fétide et un calcul stercoral. Petite ulcération sur la paroi intestinale. Guérison pendant 5 ans et 4 mois.

En juin 1908, douleurs aiguës, nausées. Température élevée, pouls rapide. Examen : contracture de la fosse iliaque et de la paroi lombaire ; à la palpation profonde : masse distincte du volume d'une petite orange. Diagnostic : diverticulite aiguë.

Opération : sérosité louche, anses agglutinées à gauche. Sur le côté interne du sigmoïde, près du méso, masse inflammatoire sur 10 centimètres. Fixation du côlon au péritoine pariétal. Tamponnement et drainage. Quarante-huit heures après, fistule intestinale qui s'est fermée cinq semaines après. Guérison.

Obs. 50. — *Abcès de la fosse iliaque gauche. Incision. Guérison.* (PATEL, in Thèse LE LANDAIS).

J. F..., 15 ans. Entre le 16 août 1909, à l'Hôtel-Dieu. Depuis 8 jours souffre de la fosse iliaque gauche. Vomissements, diarrhée. Depuis 24 heures, le ventre s'est considérablement ballonné.

Examen : facies péritonéal ; pouls fréquent, petit ; abdomen ballonné. Submatité du côté gauche. Toucher rectal négatif. Diagnostic : abcès appendiculaire.

Opération le 16 août 1909 (Patel) : Quand le malade est endormi, on se rend compte que la résistance est plus marquée à gauche qu'à droite. Diagnostic : suppuration iliaque gauche. Incision gauche menant dans une cavité purulente, d'où, avec l'aspirateur on évacue plus d'un litre de pus gazeux à odeur fécaloïde. Les limites de l'abcès sont formées : en avant la paroi abdominale ; en arrière la fosse iliaque ; en dedans l'S iliaque.

L'exploration de cet S iliaque montre une perforation de la taille d'une grosse tête d'épingle placée sur un diverticule intestinal. Suppuration pendant 3 semaines. Guérison sans fistule.

Obs. 51 (inédite). — *Abcès intra-mésocolique latent. Diagnostic par la radiographie* (Louis PRAT).

Monsieur Gi... Pas de maladie grave antérieure. Il y a 7 ou 8 ans aurait eu une « grippe intestinale » avec 39° de température pendant quelques jours. Ni vomissements ni

troubles graves. Pas de glace sur le ventre. Cette affection avait eu lieu en pleine période de grippe. En 1929, rhumatisme au bras. En août 1933, randonnée de 15 jours aux Châteaux de la Loire. Excès alimentaires. Le 1^{er} septembre, en visite de trois jours chez des amis, où le malade mange perdreaux, langoustes, etc... Le 5 septembre, revient à Nice où, dès le lendemain matin, il sent une douleur du côté gauche de l'abdomen.

Le 6 septembre, la douleur augmente : fièvre 38°3. Arrêt des matières et des gaz. Le médecin traitant sent une petite masse dans la fosse iliaque gauche (D^r Gazzola) et redoute une occlusion intestinale. Un chirurgien, à cause de l'absence de vomissements, de coliques, rejette ce diagnostic et préconise la temporisation : glace sur le ventre. Après quelques jours, la crise passe et une radio est pratiquée ; on sent toujours une petite masse dans la fosse iliaque. Le radiographe déclare une intervention urgente nécessaire. Un second chirurgien consulté préconise, en effet, une intervention avec le diagnostic de néo. Jamais de sang ni de glaires dans les selles.

Voici le rapport radiographique (16 septembre 1933) :

Sous la poussée du lavement opaque administré sous l'écran, l'ampoule rectale se distend dans des conditions normales et ne présente aucune image particulière ou irrégularité au niveau de ses bords.

Le cheminement du train baryté ascendant est rapide dans l'anse sigmoïde et la portion inférieure du côlon ilio-pelvien.

Au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque gauche, le lavement baryté subit un léger temps d'arrêt avant de rendre sa marche ascendante vers le descendant et l'angle splénique qui est atteint très rapidement dans des conditions normales.

A l'endroit où le lavement a subi une ébauche d'arrêt, on note une diminution du calibre cœlique avec incisures cœliques peu marquées et une image diverticulaire allongée située en dedans du bord interne.

La palpation méthodique révèle une masse allongée et indurée qui correspond à l'intestin. Cette zone est franchement douloureuse à la palpation sous l'écran.

Conclusions. — Infiltration pariétale du côlon ilio-pelvien avec diminution du calibre cœlique sans sténose.

Le malade, se sentant mieux et reprenant du poids, ajourne avec le conseil de son médecin, toute opération et va se faire faire une nouvelle radiographie chez un second spécialiste (D^r Paschetta).

Celui-ci, lisant la première radio faite par son confrère, diagnostique une diverticulite et son examen par lavement bismuthé confirme ce diagnostic.

Lavement opaque (6 décembre 1933). — Le lavement pénètre facilement et sans arrêt anormal à travers tout le gros intestin. Aucun arrêt particulier et aucune image anormale au niveau de l'intestin dans la fosse iliaque gauche.

Le côlon descendant et le côlon pelvien ne paraissent pas douloureux à la pression et celle-ci les déplace facilement.

Deux radiographies exécutées, l'une en décubitus dorsal et l'autre en décubitus abdominal, montrent au niveau de la fosse iliaque gauche un intestin mal rempli et un aspect tout à fait irrégulier donnant l'impression d'une image déficitaire comme on en trouve dans les diverticulites et la péri-viscéríte. Image déficitaire non fixée et variant d'une radiographie à l'autre.

Sur une radiographie, à la partie interne du côlon et en dedans de celui-ci, on voit des images produites par le liquide opaque sous forme de gouttelettes en forme d'une sorte de grappe qui aurait pénétré dans le tissu péri-viscéral, gouttelettes occupant la même situation que l'image diverticulaire de la radiographie précédente.

La communication de l'image diverticulaire avec l'intestin serait donc actuellement beaucoup moins facile qu'autrefois.

Une radiographie, faite après évacuation du lavement, ne montre rien de particulier sauf le trajet diverticulaire dans le tissu péri-viscéral, qui est légèrement plus visible que dans les radiographies précédentes.

On donne un nouveau lavement.

Des radiographies de la région incriminée montrent de nombreux diverticules disséminés sur une grande étendue sur

tout le segment intestinal occupant la fosse iliaque gauche.

Des traînées opaques s'étendent du tissu cellulaire périsviscéral en dedans du bord interne de l'intestin et situées à l'endroit occupé par le long diverticule de la radiographie antérieure.



FIG. 19 et 19 bis. — Radiographies du malade de l'obs. n° 51. Quelques images de diverticules. Remarquer la très curieuse image de l'abcès ayant fusé entre les deux lames du mésocolon.

Depuis 1933 le malade, qui surveille seulement la liberté de son ventre, a repris toutes ses occupations. De temps en temps seulement il sent dans sa fosse iliaque gauche une « espèce de boule » qu'il voit disparaître après un court massage (février 1935).

RÉFLEXIONS. — Sur la première radio (16 septembre 1933) (fig. 19) on voit, avec les diverticules, une traînée para-

intestinale probablement due à une perforation d'un diverticule entre les lames du méso-iliaque. Or, dans la deuxième radio (fig. 19 bis), cette coulée tend à s'estomper et à diminuer (Docteur Paschetta). Elle est en voie de réparation et d'ailleurs l'état général du malade est en voie d'amélioration constante.

Depuis lors le malade a repris ses occupation et sa santé est excellente ; il ne ressent que de loin en loin de petites douleurs dans la fosse iliaque gauche avec sensation d'un boudin qu'il masse lui-même. Pas de constipation.

Obs. 52. — *Diverticule du côlon sigmoïde enflammé et perforé entre les deux lames du méso-colon. Mort.* (AUVRAY, Soc. Nat. de Chirurgie, 26 novembre 1930, page 1150).

Femme de 63 ans, non opérée à cause de son état général (dyspnée, cyanose). Malade obèse étant entrée dans le service pour une crise douloureuse abdominale accompagnée de vomissements et de fièvre (40°). A l'examen de l'abdomen, on était frappé par l'existence d'une grosse éventration siégeant au niveau du flanc gauche, consécutive à une néphrectomie faite 30 ans auparavant. L'éventration, peu étendue, n'était pas douloureuse ; mais immédiatement au-dessous de l'éventration à la hauteur de la fosse iliaque gauche on réveillait de la douleur par la pression profonde de l'abdomen sans qu'il y eut défense nette de la paroi au même point. Le toucher vaginal semblait déceler la présence d'un fibrome. Mais les sensations fournies par le toucher, aussi bien que par le palper, étaient très vagues étant donné la distension et l'état d'embonpoint de la malade. Mon diagnostic restait très incertain ; ce qui paraissait le plus probable, c'était l'existence de phénomènes inflammatoires se passant au voisinage du pédicule de l'éventration sans que je puisse en préciser la cause. En tout cas, l'état local me semblait devoir passer au second plan, étant donnés la gravité et l'état général, et je me contentais de prescrire l'application de glace sur la partie douloureuse de l'abdomen ; dans la nuit suivante, la malade mourait presque subitement.

A l'autopsie, dès l'ouverture de l'abdomen, une grande quantité de gaz s'est échappée et l'abdomen distendu s'est affaissé. Dans la cavité péritonéale il n'existait ni pus, ni

sérosité, ni fausses membranes. Aucune trace de péritonite. Grêle normal. Côlon distendu du caecum au sigmoïde. Le côlon sigmoïde, sur une étendue d'une dizaine de centimètres, présentait une coloration violacée grisâtre ; il était très épaissi, entouré d'une graisse abondante et de franges épiploïques nombreuses et volumineuses. La partie du mésocôlon, qui répond au segment du sigmoïde à l'aspect violacé que nous venons d'indiquer, se présentait elle-même sous l'aspect d'un triangle à base cœlique ayant la même coloration. Si bien qu'au premier abord on crut être en présence d'une thrombose des vaisseaux méso-cœliques. Mais en incisant le côlon sur le bord convexe on constata qu'il présentait toute une série de diverticules (au moins 8 ou 10) plus ou moins développés. L'un d'eux, très profond et très développé (de la dimension d'une noix), renfermait des matières intestinales. Sa pointe sphacélée présentait une perforation à travers laquelle le doigt pénétrait entre les deux feuillets du mésocôlon, d'aspect grisâtre, et séparés l'un de l'autre par un liquide sanieux renfermant des débris de tissus sphacelés mélangés à des matières ; mais les feuillets du mésocôlon étaient intacts et il n'existait aucune communication entre la cavité close comprise entre les feuillets et la grande cavité péritonéale.

Il y avait en somme diverticulite avec perforation du fond du diverticule et infection du tissu cellulaire compris entre les deux feuillets du méso-sigmoïde.

Obs. 53. — *Abcès intra-mésocœlique. Rupture dans le péritoine. Mort.* (GEORGI, *Deutsche Zeitung f. Chir.*, tome LXVII, page 5, 1903).

Abcès intra méso-cœlique rupture. Diagnostic de cancer (sténose). Laparotomie exploratrice. Tuméfaction que l'on croit être cancéreuse. Mort.

A l'autopsie : abcès intra-mésocœlique rompu dans le péritoine en rapport avec un diverticule.

Obs. 54. — *Diverticulite herniaire.* (STIERLIN, *Correspondenz blatt für Schweizer Aerzt*, 1902, vol. XXXII, p. 749).

Homme de 71 ans. Fort et gros. Hernie inguinale étranglée. A l'intervention : suppuration du sac due à la perfora-

tion d'un diverticule appartenant au sigmoïde incarcéré.

L'intestin était très épaissi avec infiltration du méso ; on pense à du cancer. Résection. Mort subite au bout de 15 jours de dégénérescence cardiaque.

Obs. 55. — — *Suppurations métastatiques du foie par diverticulite.* (MACKIE WHITE, 1906).

Homme de 65 ans, alcoolique, quatre semaines de pyrexie. Mort.

Autopsie : Absès multiples du foie sans pyléphlébite. Absès limité devant l'anse sigmoïdienne communiquant avec l'intestin par un diverticule. Plusieurs autres diverticules.

FISTULES D'ORIGINE DIVERTICULAIRE

Nous avons montré que les diverticulites du côlon terminal provoquaient des abcès péricoliques, souvent pelviens. Comme toute collection purulente, ces abcès évoluent vers une ouverture spontanée : elle se fait rarement à la peau, fréquemment dans un organe creux du bassin : C'est le plus souvent, surtout chez l'homme, dans la vessie (fistules colo-vésicales), souvent dans un anse grêle (fistules colo-iléales) et, chez la femme, dans le vagin (fistules colo-vaginales). La fistulisation externe spontanée est exceptionnelle : nous n'en avons pas relevé d'exemple. Mais, bien entendu, n'entrent pas en ligne de compte les fistules stercorales post-opératoires qui elles, sont en revanche très fréquentes.

MÉCANISME DE LA FISTULISATION. — La fistulisation se constitue selon des mécanismes presque toujours identiques : dans un premier temps, l'abcès péri-diverticulaire se forme ; il évolue et s'ouvre secondairement dans l'organe creux. A travers sa cavité le sigmoïde et l'organe creux restent en communication : la fistule est créée. Quelquefois il n'y a pas d'abcès véritable ; il y a simplement péri-diverticulite plastique ou même péri-diverticulite à forme de pseudotumeur. Des adhérences se créent entre le bloc péri-diverticulaire et l'organe creux et comme s'il s'agissait d'un processus envahissant, un jour, s'établit la

communication qui va réaliser la fistulation : le diverticule s'ouvre directement dans une cavité organique.

Fistules diverticulaires colo-vésicales

Leur fréquence est difficile à déterminer. D'aucuns les estiment très fréquentes, d'autres ne les ont jamais observées. C'est ainsi que Lockhart Nummery n'a jamais vu dans les cancers sigmoïdiens de fistulisation colo-vésicale, et il se demande si ce ne serait pas toujours une diverticulite qui serait à incriminer à l'origine des fistules vésico-côliques.

A l'opposé de cette opinion, notre Maître M. le Professeur Marion nous a dit n'avoir jamais eu dans sa longue et fertile carrière urologique à traiter de fistule colo-vésiculaire de cause diverticulaire. Il est vraisemblable que ni l'une ni l'autre de ces opinions n'est absolue et que la vérité réside dans l'existence des deux origines des fistules vésico-côliques: néoplasique et diverticulaire. En tous cas, la prudence du chirurgien veut désormais que d'une communication vésico-côlique il ne dise plus automatiquement: « Il y a fistule vésico-intestinale, donc il y a cancer ». Mais il sera sage qu'il recherche la diverticulite et s'il a le bonheur de la trouver, il pourra escompter la joie de sauver son malade.

Les fistules vésico-côliques sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. La raison en est purement anatomique : Chez l'homme, le contact est proche entre le sigmoïde et la vessie. Chez la femme s'interposent entre eux les organes génitaux internes — surtout s'ils n'ont pas été atrophiés par la ménopause. Au niveau de l'intestin, la fistule siège ordinairement

rement sur l'anse oméga, soit au sommet de sa courbe, soit sur sa branche distale. Au niveau de la vessie, la perforation s'ouvre en règle dans la paroi postérieure, au-dessus et entre les orifices urétéraux. Plus rarement elle siège au dôme vésical. Avant que n'éclate la communication entre le côlon et la vessie, des symptômes de diverticulite ont troublé la santé du malade. Un long passé pathologique s'est déjà déroulé, qui constitue un argument causal en faveur de la diverticulite contre le cancer. Le patient de Bergeret (Obs. 56) présentait depuis son enfance des troubles intestinaux. Celui de P. Le Gac avait été opéré d'un abcès de la fosse iliaque gauche 6 ans avant l'apparition de la fistule urinaire. La malade de L. Prat (Obs. 69) eut sa fistule en 1930 (à 82 ans), alors que dès 1912 une radio avait déjà révélé que ses troubles coliques étaient dus à une diverticulite.

SYMPTÔMES. — Cependant, dans les temps qui précèdent la complication urinaire, se constituent des troubles plus précis qui réalisent une véritable phase prémonitoire : A côté des signes traduisant la formation d'un abcès pelvien se montrent des symptômes vésicaux parfois très intenses : ténesme, pollakiurie diurne et nocturne. Mais il n'y a que de la cystalgie : Pas de pus encore dans les urines qui restent claires. Mais un jour éclatent les signes de la perforation vésicale. Ils sont ordinairement brutaux : la miction est impérieuse, très douloureuse ; quelquefois le malade a senti « comme une rupture interne » (Obs. 61). Mais certaines fois la vessie n'est pas violemment impressionnée par l'irruption du pus, et c'est sans grandes

souffrances que sont apparus les deux signes caractéristiques de la fistulisation : la pneumaturie et la fécalurie. Il est même remarquable que le réservoir urinaire puisse supporter longtemps sans grands inconvénients le passage de matières fécales, de débris alimentaires, d'écoulements purulents. Cependant des signes de cystite aiguë s'installent tôt ou tard (douleur hypogastrique, pollakiurie, brûlures à la miction, etc.) ; les urines deviennent très épaisses, très troubles, très fétides.

Des phénomènes pathologiques peuvent également apparaître du côté intestinal lorsque — ce qui est loin d'être la règle — s'établit un reflux de l'urine vers le sigmoïde : alors les selles, mélangées d'urines, deviennent liquides, diarrhéiques, fréquentes et brûlantes à l'anus. Une rectite plus ou moins violente s'allume.

DIAGNOSTIC. — Le tableau de la communication vésico-côlique est si caractéristique que le diagnostic est évident. Cependant il est des cas où cette communication est si minime que le seul signe peut être la pneumaturie. C'est alors qu'il devient nécessaire de pratiquer un lavement coloré que la sonde peut retrouver en partie dans la vessie (Obs. 58).

CYSTOSCOPIE. — La cystoscopie est aussi indispensable, pour préciser le siège de la fistule et vérifier l'état de la vessie. Mais cette épreuve est parfois impossible car on ne peut pas toujours obtenir une distension suffisante du réservoir, ni un milieu assez limpide pour la précision des observations. Quand elle est possible, la cystoscopie détermine le siège de la per-

foration qui sera cherchée avant tout sur la paroi postérieure ou au dôme de la vessie. Cette perforation de taille variable, apparaît irrégulièrement découpée à bords déchiquetés. Elle est parfois découverte difficilement, masquée par un gros œdème de voisinage. En ces cas, la cystographie, en particulier la cystographie de profil, permet ordinairement de découvrir l'orifice fistuleux.

L'exploration cystoscopique montre aussi l'état de la muqueuse, muqueuse de cystite, uniformément rouge, avec des vaisseaux dilatés. Mais elle ne découvre jamais les granulations blanchâtres, les bourgeons des propagations néoplastiques.

ETAT GENERAL. — L'état général du malade est marqué du type infectieux que lui donne l'abcès diverticulaire, et bientôt du type urinaire, que lui amène l'infection des voies cysto-rénales. Mais cet état général se conserve longtemps plus favorable que s'il s'agissait d'une fistule d'origine cancéreuse. Aussi l'évolution peut-elle être longue, et même très longue chez les porteurs de fistule colo-vésicale. Le malade de Le Gac la conservait depuis 4 mois, celui de Bergeret depuis 2 ans déjà au moment où fut pratiquée une intervention chirurgicale. Lorsqu'elle est livrée à son évolution naturelle, la fistulisation colo-vésiculaire entraîne presque fatalement la mort par infection urinaire. Une pyélonéphrite apparaît un jour ou l'autre ; le plus souvent elle évolue par poussées successives, avec frissons, températures élevées, douleurs lombaires, reins perceptibles.

La cystite elle-même peut s'exacerber par périodes

et même devenir gangréneuse. Des péricystites extrêmement graves apparaissent parfois, qui sont elles aussi souvent gangréneuses. Enfin l'infection peut se propager aux organes génitaux de l'homme : orchépididymites aiguës ou suppurées (obs. 61).

La cachexie urinaire termine l'existence des malades si une dérivation intestinale ne libère la vessie du déversement fécal.

Fistules colo-intestinales diverticulaires

La fistule colo-intestinale d'origine diverticulaire est beaucoup plus rare que la fistule colo-vésicale. La communication s'établit en général entre le diverticule et une anse iléale intra-pelviennne. Elle a réalisé ainsi une iléo sigmoïdostomie spontanée.

SYMPTÔMES. — La symptomatologie du début est imprécise. C'est une poussée diverticulaire, avec ou sans abcès, qui commence. Et un jour se déclenchent des troubles digestifs importants qui attirent l'attention : diarrhée continue, des selles liquides plus ou moins bien digérées ou encore bilieuses selon la hauteur de la perforation du grêle. Une dénutrition rapide peut s'ensuivre. Pour déterminer avec plus de précision l'existence d'abord, la hauteur de la perforation sur l'iléon ensuite, de la communication colo-intestinale, on peut donner par un colorant (repas carminé, bleu de méthylène, etc.) dont l'apparition accélérée au niveau du rectum laissera soupçonner la situation plus ou moins élevée de la fistule intestinale grêle. De même un lavement opaque dont la progression

sera surveillée sur l'écran, montrera en un point la division du chemin parcouru par la bouillie dont partie continuera sa route cœlique, dont partie passera dans le grêle. L'on recueillera en outre de la facilité et de l'abondance du passage de la bouillie dans le grêle, une notion sur la communication sans détour ou au contraire indirecte du colon avec l'iléon, et également une notion des dimensions de la perforation. Pareilles constatations furent possibles chez le malade de l'observation 68. Quelques fois la découverte de la fistule n'est faite que dans le cours d'une opération : il en fut ainsi chez une malade du Docteur Lardennois (obs. 67).

PRONOSTIC. — L'existence d'une fistule colo-intestinale est toujours d'un pronostic grave. Lorsque la communication entre les deux intestins n'est pas directe. Il existe alors un cloaque intermédiaire qui intoxique le malade et amène sa cachexie. Lorsque l'ouverture du grêle porte sur sa partie haute, la dénutrition du malade est rapide et sa mort fatale. Par ailleurs, la cure chirurgicale de ces fistules est toujours délicate et nécessite des sutures intestinales souvent précaires, des résections ou des exclusions intestinales parfois difficilement exécutées.

Fistules colo-vaginales diverticulaires

Ces fistules sont relativement rares. Elles sont préparées par un abcès de Douglas d'origine diverticulaire qui s'ouvre spontanément ou est chirurgicalement incisé par colpotomie.

SYMPTOMES. — Les signes cliniques sont assez caractérisés : Après la poussée douloureuse de la diverticulite causale, il se constitue un empâtement du Douglas qui se ramollit peu à peu, le cul-de-sac bombe, la paroi vaginale s'œdématie, le rectum proteste par du ténésme et de fausses envies qui n'expulsent que de l'exsudat intestinal glaireux, et enfin, s'évacue brusquement par le vagin du pus fétide parfois mélangé de matières. Ou, si cette évolution est interrompue par une intervention chirurgicale, c'est la colpotomie qui ouvre la voie à la fistule, désormais, mais non fatalement, constituée. Dès lors les lavements administrés à la malade ressortent en partie par le vagin tandis que les injections vaginales par un chemin inverse se muent en lavements. Des gaz odorants sont aussi expulsés par le vagin évidemment incontinent. Parfois l'issue des matières est intermittente et les selles diarrhéiques seules sont expulsées au niveau de la vulve. Au spéculum, où par le jeu des valves, la fistule sera découverte dans le fond du vagin. Enfin par injection dans le vagin d'une bouillie opaque suffisamment liquide et, en usant de l'artifice qui consiste à mettre en Trendelenburg et à fermer les lèvres vulvaires sur la canule d'injection, on peut obtenir une image radiographique du trajet fistuleux colovaginal. C'est ce qui a été acquis dans le cas d'une malade de Louis Prat (obs. 69).

PRONOSTIC. — Ces fistules sont beaucoup moins graves que les fistules colo-iléales pelviennes basses et, ne siégeant pas en plein ventre, elles donnent moins souvent que ces dernières de vastes poches cloaques entre des anses agglutinées.

Parfois elles constituent une simple infirmité, bien gênante il est vrai, puisqu'une fistule stercorale vaginale inspira un jour à un amant dégoûté cette fin d'épigramme :

*Je croyais être un amant,
Mais je n'étais qu'apothicaire.*

Fistules stercorales diverticulaires

Nous n'envisageons pas ici les fistules stercorales secondaires à des résections intestinales qu'a pu imposer la chirurgie des diverticulites.

Les fistules stercorales d'origine diverticulaire directe sont celles qui succèdent à l'ouverture et au drainage d'un abcès péricôlique ou, exceptionnellement, à une collection spontanément évacuée au niveau des téguments. A vrai dire ces fistules paraissent assez rares, et nous n'en n'avons recueilli que peu d'exemples au cours de nos recherches.

Il est même assez constant de voir combien souvent les abcès stercoraux ouverts à la paroi restent fistulisés peu de temps, en tout comparables d'ailleurs aux fistules stercorales d'origine appendiculaire qui restent habituellement discrètes et éphémères. Quand d'aventure la fistule stercorale ne se tarit pas d'elle-même elle reste discrète et ne laisse écouler qu'une petite quantité de matières. S'il en est autrement c'est que, en aval de l'abcès fistulisé, l'intestin est sténosé par un processus inflammatoire, ou bien qu'il existe un calcul stercoral libre dans la cavité abcédée entretenant sa fistulisation.

Signalons enfin l'opinion de Monsarrat qui voyait

dans une infection syphilitique évolutive la cause de la persistance d'une fistule stercorale chez un de ses malades. Mais il est probable que cette interprétation ne répondait pas à la vérité.

Obs. 56. — *Fistule colo-vésicale par sigmoïdite diverticulaire. Résection du côlon sigmoïde. Anus iliaque définitif. Guérison.* (Docteur BERGERET).

Monsieur B..., environ 60 ans. Il se plaignait depuis de longues années de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Il avait un « intestin sensible » et souvent « dérangé ».

En 1922, appendicectomie. En 1926, furonculose grave. En 1926, commencent les troubles de la défécation : sensation de corps étranger rectal, alternatives de diarrhée et de constipation. On pratique un lavement opaque qui n'apporte aucun éclaircissement. Brusquement, à la suite de douleurs très vives, le malade émet des matières mélangées aux urines. Le malade continue à présenter de la pneumaturie et de la fécalurie pendant deux ans. Il présente surtout des crises de pyélonéphrite grave avec accès thermiques, douleurs lombaires. Son médecin traitant habituel institue un traitement médical associé à des lavages de vessie. Pendant ces deux ans, l'état général est assez sérieusement atteint et le patient a maigri de 25 kilogs.

Au mois de septembre 1929, l'intervention est décidée. Opération le 12 septembre 1929.

Résection de 20 centimètres de côlon sigmoïde. Résection du sommet de la vessie. Fermeture de la vessie. Fermeture du haut rectum. Anus iliaque gauche définitif.

Suites opératoires simples. Nous avons revu le malade en avril 1935. Excellent état général. Le malade a engraisé de 20 kilogs. Deux selles par jour. Plus aucun phénomène vésical. Le malade, qui vit en très bonne intelligence avec son anus iliaque, a refusé l'intervention que lui avait proposé le Docteur Bergeret : fermeture de l'anus iliaque et continuité intestinale rétablie par exclusion d'une anse grêle et implantation colique et rectale.

L'examen histologique de la pièce opératoire avait donné

le résultat suivant : Rétrécissement du côlon pelvien et masse fibroïde adhérente. Diverticules côliques. Autour de ces diverticules, abondante infiltration de cellules rondes.

Obs. 57. — *Diverticulite. Fistule colovésicale.* (Due à l'obligeance du D^r CHARRIER).

Une malade de 60 ans, constipée chronique, vient consulter l'un de nous pour une émission de gaz et de matières par la vessie et signes de cystite ; ces signes, compatibles avec un excellent état de santé, persistaient depuis longtemps et étaient remarquablement tolérés. Chez cette malade, l'examen radiologique nous a montré une diverticulite et nous avons pu faire les remarques suivantes : si les gaz, si les matières passaient par la vessie, jamais l'urine ne reflue vers le rectum. Les solutions colorées, introduites par voie rectale, passaient par la vessie. L'examen cystoscopique permettait de voir l'orifice de la fistule.

Obs. 58 (inédite). — *Fistule colovésicale par diverticulite. Fermeture par voie vésicale. Guérison. Mort au bout de 4 ans par occlusion intestinale* (D^r HILLEMANT).

Madame V..., 60 ans, obèse.

Vient consulter pour pneumaturie et fécalurie. Peu de signes d'infection urinaire. La fistule doit être petite, car un lavement coloré ne repasse pas par la vessie et inversement une injection vésicale ne passe pas par l'anus. Une radiographie montre une sténose sigmoïdienne.

Laparotomie : énormes adhérences intestinales. On fait le diagnostic de cancer ; on pratique un anus iliaque. Au bout d'un an la malade se porte très bien. Le diagnostic est reformé et on pense à une diverticulite. On ferme la fistule par voie vésicale.

Dans un troisième temps, l'anus est fermé. Mais 4 ans après se déclare une occlusion progressive. Un anus iliaque *in extremis* ne sauve pas la malade.

Obs. 59. — *Fistule colovésicale par diverticule sigmoïdien.* (P. L. GAC, *Revue médicale française*, juin 1933, p. 559 à 562).

M. A..., 54 ans, adressé à l'hôpital Foch avec le diagnostic : fistule colovésicale par néoplasme inopérable.

En l'interrogeant, nous apprenons que, gros mangeur, il a toujours eu une santé excellente, n'ayant à se plaindre que de constipation assez rebelle aux purgatifs, avec souvent des phénomènes douloureux assez intenses dans la fosse iliaque gauche.

En novembre 1926, à la suite d'une période de constipation tenace, il est obligé de s'aliter, il a de la fièvre, une douleur vive avec tuméfaction de la fosse iliaque gauche.

Il entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Professeur Lejars, qui incise un abcès d'où s'écoulent des matières, du pus, du gaz intestinal. Une fistule persiste quelques mois et tout rentre dans l'ordre. Depuis cette époque tout allait bien, lorsqu'il y a 4 mois, sans fièvre, apparaissent des phénomènes vésicaux, pollakiurie diurne et nocturne. Les phénomènes s'accroissent, puis apparaissent pneumaturie et fécalurie.

Dans un service d'urologie on lui fait une cystostomie, au bout de deux mois on place une sonde urétérale, on laisse se fermer la plaie abdominale : aucune amélioration. Le faciès s'altère ; la douleur, les signes vésicaux s'exagèrent.

Examen : Malade apyrétique ; on note la cicatrice étalée de la cystostomie, la cicatrice latérale de l'intervention faite à Saint-Antoine ; au palper : au-dessus du pubis une tuméfaction allongée se prolongeant vers la fosse iliaque, peu douloureuse au palper mais fixée et qui donne l'impression d'une tumeur intestinale, ce qui fait que l'on a porté le diagnostic de néoplasme recto-sigmoïdien. Nous n'acceptons pas ce diagnostic ; à la suite d'une radio de contrôle nous portons celui de sigmoïdite diverticulaire ouverte dans la vessie. Anus transverse le 20 décembre 1933. Les jours suivants, lavages recto-côliques. L'état s'améliore rapidement ; la fécalurie disparaît.

Le 15 mai 1933, nouvelle intervention. On part pour faire un clivage colovésical et fermeture des fistules. Intervention sous rachi-anesthésie. Après exclusion des tissus cicatriciels par une incision circonscrivant la fosse iliaque gauche, on ouvre le péritoine en région saine. Grandes diffi-

cultés à séparer le sigmoïde de la paroi antérieure. Grandes difficultés également à séparer le sigmoïde de la vessie. Tout cela ne se fait pas sans dommages pour l'anse intestinale et lorsqu'elle est extériorisée elle a un aspect si traumatisé que l'on se décide à en pratiquer la résection. Ligature des vaisseaux. Résection. Les deux bouts accolés par quelques points de suture. Un tube de Paul dans le bout supérieur. On cherche à suturer la lésion vésicale. Malgré les recherches, malgré une injection de bleu de méthylène dans l'urètre on ne peut la mettre en évidence. On se borne à péritoniser la zone décollée, à séparer la vessie de la cavité péritonéale par une lame de caoutchouc, à laisser une sonde urétérale à demeure. L'examen de la pièce, après ouverture du bord latéral, montre 3 diverticules. L'inférieur était ouvert dans la vessie. Les suites opératoires devaient être troublées par des événements imprévus ; le malade mourut après trois hémorragies intestinales par l'anus transverse, d'origine hépatique vraisemblablement.

Obs. 60-61. — *Un cas de diverticulite du colon pelvien. Fistule colovésicale, cystostomie sus-pubienne et colostomie transverse.* (NORBURY LIONEL, *Proceedings of the Royal of medecine, Sect. of surgery, sub-section of proctology*, 1921-1922, page 44).

Monsieur J. B..., admis en juin 1920, avec une histoire de fécalurie et de pneumaturie. Diagnostic précédent : carcinome inopérable.

Palpation : tumeur de la fosse iliaque gauche. On essaie une cystoscopie mais les urines sont trop troubles pour permettre une bonne vision.

Laparotomie exploratrice : une grosse masse inflammatoire entoure colon et vessie. Diagnostic : diverticule du colon perforé dans la vessie. Cystostomie sus-pubienne et drainage. Colostomie transverse.

Le 23 mai 1921 : pas de cystite, la colostomie fonctionne parfaitement, le lavement opaque montre un rétrécissement sur le sigmoïde, on n'essaie pas la fermeture de l'anus.

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade âgé de 62 ans, qui se plaignait de constipation opiniâtre depuis de longues

années. Une semaine avant son admission, sensation brutale de « rupture interne ».

Orchi-épididymite aiguë du côté droit, puis pneumaturie et fécalurie. Le malade refuse tout traitement chirurgical.

Obs. 62-63. — *Trois observations de fistules vésico-côliques guéries par colostomie.* (LOCKHART MUMMERY).

Homme de 59 ans. Diverticulite siégeant sur le sigmoïde, à l'union du recto-sigmoïde. Tumeur perceptible, suppuration, obstruction chronique, fistule vésico-côlique. Température élevée (39°5), colostomie. Mort de carcinome secondaire 2 ans après.

Homme de 56 ans. Diverticulite à l'union du rectum et du sigmoïde. Douleur, obstruction chronique, perforation de la vessie. Température 39°5. Colostomie. Malade complètement remis. Revu en bon état 3 ans plus tard.

Homme 55 ans. Même région, perforation de la vessie. Obstruction. Température élevée. Côlostomie transverse.

Obs. 64. — *Fistule colo-vésicale par diverticulite. Fermeture des brèches vésicales et côliques. Mort.* (ROWLANDS).

Homme de 40 ans. Crises de pelvi-péritonite supposées d'origine appendiculaire 4 ans avant son entrée ; apparition d'une fistule vésico-côlique que l'on avait mise sur le compte d'un cancer inopérable du côlon. Malade cachectique. Laparotomie. La fistule siégeait sur la partie moyenne du côlon pelvien et rejoignait le côté gauche de la vessie. Fermeture des brèches vésicale et côlique par invagination. Adhérences nombreuses, avec foyers purulents disséminés. Mort par pelvi-péritonite et péricardite une semaine plus tard. On n'avait pas découvert de diverticule à l'opération ; mais, après la mort, on en reconnut plusieurs dans la lumière de l'intestin.

Obs. 65. — *Fistule colo-vésicale par diverticulite. Fermeture des brèches. Récidive, nouvelle intervention. Guérison.* (GARNET WRIGHT, *Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of surgery*, London, 1922).

Homme de 45 ans, souffrant depuis des années de rétention d'urine nécessitant des cathétérismes quotidiens. Trois

semaines avant son entrée, il est pris de douleurs, fièvre, diarrhée, vomissements et, 3 jours avant son entrée, les matières commencent à passer dans les urines ainsi que des gaz à la fin de la miction. Pouls à 80. Ventre un peu distendu, mais ni douloureux, ni contracturé. Prostate dure. Pas d'orifice visible dans le rectum. Diagnostic : fistule vésico-côlique probablement consécutive à une infection gonococcique de la vessie.

Les lavages de la vessie n'amenant aucune amélioration, on opère le 30 octobre 1911. Incision sus-pubienne. On trouve un appendice épiploïque du sigmoïde adhérent à la face postérieure de la vessie, très bas dans le pelvis. L'adhérence est disséquée et l'on trouve au milieu d'elle le trajet fistuleux entre la vessie et le côlon. Fermeture des ouvertures colique et vésicale par une double rangée de sutures, celle de la vessie étant particulièrement difficile. Convalescence mouvementée. Les sutures vésicales cèdent, laissant passer les urines par la plaie et la fistule se reproduit.

Après cicatrisation de la plaie, nouvelle intervention. Nouvelle suture de la vessie et de l'anse sigmoïde. Mais, pour éviter la reproduction de la fistule, due probablement à la proximité des deux sutures, on fixe l'anse sigmoïde malade à la fosse iliaque gauche par plusieurs points de suture. Guérison. Malade revu quelques années plus tard, en bon état.

Obs. 66. — *Fistule colo-vésicale due à l'ouverture dans la vessie d'un abcès péridiverticulaire* (HEPNER).

Femme âgée. Signes de suppuration. Ouverture spontanée dans la vessie. L'opération montre la communication d'un abcès développé autour d'un diverticule de l'S iliaque.

Obs. 67 (inédite). — *Troubles digestifs pseudo-néoplasiques. Lavement opaque. Péritonite, fistule colo-intestinale. Guérison.* (D^r LARDENNOIS).

Madame B. S..., âgée de 70 ans, avait été hystérectomisée autrefois par le Docteur Ricard.

Elle se plaint depuis quelques mois de troubles digestifs progressifs.

Les Docteurs Gaston Durand et Bensaude demandent un examen radiographique. Le lavement opaque révèle un rétré-

cissement à 16 centimètres de l'anús, non franchissable à l'opacine, mais franchissable à la baryte.

A la suite de cet examen, aggravation immédiate de l'état général. La température monte rapidement, l'abdomen se distend. Le lendemain matin, le 26 juin 1928, la malade est opérée avec le diagnostic préopératoire de néo-côlique probablement perforé. En ouvrant l'abdomen, on constate la présence de baryte dans le péritoine. Il existe un foyer abcédé comprenant à son intérieur le côlon sigmoïde et une anse grêle. Il y avait communication entre le côlon et l'anse iléale et c'est au niveau de cette communication que s'était faite la perforation.

Le Docteur Lardennois pratique une iléo-iléostomie termino-latérale avec exclusion unilatérale, une colostomie sus-iliaque. Fermeture de la paroi. La guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

Obs. 68 (inédite). — *Sigmoïdite méconnue, appendicectomie. Evolution pendant un an. Absès péri-sigmoïdien avec fistule colo-iléale. Mort.* (D^r LARDENNOIS).

Monsieur R., à la suite d'accidents abdominaux aigus, est opéré le 3 mars 1927 par un excellent chirurgien. Celui-ci, croyant à une appendicite, fait une incision latérale droite. Rien à l'intervention, appendice sain. Appendicectomie Mikulicz. Cette intervention est suivie d'une amélioration passagère, puis s'installent des phénomènes de sub-occlusion avec température élevée. Cette évolution dure près d'un an.

Le Docteur Lardennois est appelé en consultation au début de février 1928.

Le malade est fébrile, ne peut s'alimenter. Il est presque cachectique et ne se soutient que grâce à des transfusions sanguines journalières. A l'examen, il existe une volumineuse tumeur allant de la fosse iliaque gauche à la ligne médiane. On avait donné du charbon par la bouche à ce malade. L'élimination de ce produit avait duré près d'un mois. Un lavement baryté avait montré que le liquide passait presque immédiatement dans l'intestin grêle.

Intervention le 8 février 1928 : ascite abdominale. Il existe

un foyer purulent péri-sigmoïdien d'origine diverticulaire, entouré d'énormes adhérences. Dans ce foyer baignent des anses grêles perforées. Grosse adénopathie mésentérique. Extériorisation de l'S iliaque. Mort.

Obs. 69. — *Fistule sigmoïdo-vaginale pour diverticulite.*
(Louis PRAT, en partie inédite).

Madame W. Hop., anglaise, 71 ans, femme de médecin.

Opérée d'appendicite. Plus tard aurait été opérée de péritonite ?

Il y a 3 ans, a subi l'ablation d'un polype du gros intestin haut situé, dont la nature bénigne aurait été histologiquement constatée en Angleterre.

En 1927, la malade présente des douleurs abdomino-pelviennes qui ont commencé il y a plusieurs semaines avec des crises de constipation qui, à 2 ou 3 reprises, ont pris le caractère de véritables obstructions. La malade, en outre, aurait fait du pus par le vagin. Température vespérale.

Le toucher rectal montre l'ampoule libre. Derrière et dessus l'utérus fixé, on sent une masse douloureuse adhérente aux parois pelviennes à contours diffus. Le toucher vaginal montre l'utérus fixé.

Les premières radios (Daviot) montrent un intestin colopelvien avec une image lacunaire, et le lavement bismuthé qui dilate l'ampoule rectale ne franchit que difficilement la terminaison du côlon pelvien rétréci. Diagnostic de néo de l'intestin.

Le 28 février 1927, avec l'aide du Docteur Calvi, nous pratiquons une laparotomie médiane. Adhérences épiplo-pariétales avec l'ancienne cicatrice. Adhérences du grêle à la paroi. Résection de l'épiploon. Les organes génitaux atrophiés sont sains, on n'y trouve pas trace de la lésion qui a légitimé la laparotomie antérieure. Derrière l'utérus, adhérences inflammatoires qui bloquent le Douglas. Au-dessous, masse sous-jacente, bloc autour de l'oméga terminal, adhérences à la paroi pelvienne. Diagnostic : néoplasme de l'S iliaque terminal. Fermeture de la laparotomie. Anus iliaque gauche en deux temps.

Amélioration locale et générale extrêmement rapides. Fin avril, la malade est transformée.

En novembre, une radio (lavement bismuthé) conclut :

Conclusion radiologique en faveur d'un état peu modifié de la néoformation qui ne paraît pas avoir obstrué davantage la lumière du gros intestin au niveau de l'anse sigmoïde. (D^r Daviot, 17 novembre 1927).



FIG. 20. — Radiographie de la malade de l'obs. n° 69. Très nombreux et très gros diverticules de l'S iliaque.



FIG. 21. — Même malade. Injection opaque dans le vagin. La fistule est visible.

Nous la revoyons en 1928-1929. Santé générale excellente. Localement les lésions paraissent en rétrocession. En 1929-1930 revient à Nice, encore améliorée. Convaincu cette fois que notre diagnostic de cancer — qu'avait confirmé le chirurgien anglais de la malade — était erroné, nous avons fait

pratiquer de nouvelles radios. Cette fois nous avons eu la chance de constater la présence incontestable de diverticules, que nous avons après coup reconnus sur l'épreuve de 1927. (Fig. 20).

Examen radiologique du gros intestin par lavement opaque. — La dilution opaque injectée par l'orifice inférieur de l'anse iliaque remplit lentement le segment inférieur du gros intestin, l'anse sigmoïde donne une image atypique diverticulaire dans ses 2/3 supérieurs, et déchiquetée et lacunaire au niveau de son 1/3 inférieur. Au niveau de la zone lacunaire, mobilité très diminuée et palpation profonde douloureuse.

Notre opérée n'avait donc jamais eu un cancer, mais simplement une péridiverticulite pelvienne. Elle n'a pas voulu que nous tentions la fermeture de son anus artificiel « très confortable ». Elle a d'ailleurs raison, puisque des accidents nouveaux devaient apparaître dans la suite.

En 1930, le Docteur Calvi constate que l'état de la malade s'est conservé bon, sauf un léger amaigrissement progressif.

Le 8 novembre 1932, la malade présente à nouveau de la douleur du côté de la fosse iliaque gauche. Un toucher rectal et vaginal indique une poussée inflammatoire au niveau de la tumeur pelvienne s'accompagnant de poussée fébrile. Un lavement au collargol, administré par le bout inférieur de l'anus iliaque, est en partie évacué par le vagin.

Le 14 novembre des radios sont pratiquées (lavement bismuthé) qui confirment l'existence de la fistule. (Fig. 21).

1° Une bouillie barytée claire est injectée dans le vagin, la malade étant en position déclive. Un peu de cette bouillie filtre dans le côlon pelvien et se voit sous l'aspect d'une mince traînée.

2° La bouillie barytée, injectée par le bout distal de l'intestin, au niveau de l'anus iliaque, ressort en partie par le vagin.

Conclusions. — Fistule vagino-côlique.

Nous avons pensé un instant à la possibilité d'une transformation cancéreuse. Cependant tout rentre dans l'ordre et le 13 janvier 1935, la malade donne de ses nouvelles. Elle va toujours bien et son grand âge, seul, l'a empêchée cette année de quitter l'Angleterre.

LA DIVERTICULITE A FORME DE TUMEUR

Toute l'histoire clinique des diverticulites à type de tumeur est dominée par la difficulté de leur diagnostic d'avec les cancers sigmoïdiens. Cependant, le médecin averti trouvera dans l'histoire de cette forme de diverticulite des éléments qui lui permettent de la soupçonner et de la reconnaître. D'abord, dans les antécédents personnels qui révèlent des poussées de diverticulite antérieures échelonnées parfois sur plusieurs années. Ainsi le malade de Louis Prat (Obs. 70) s'était plaint depuis treize ans de douleurs abdominales, et celui du Professeur Grégoire souffrait de l'intestin depuis son enfance. Mais souvent le patient a négligé ces signes avertisseurs, et ce n'est que lorsqu'une masse perceptible dans la fosse iliaque gauche ou des symptômes de subocclusion, ou des troubles urinaires se sont imposés à lui qu'il vient se soumettre à l'examen médical. Et même la tumeur sigmoïdienne, pour peu qu'elle soit profonde, peut être tout à fait latente et échapper à l'examen d'un clinicien aussi averti et précis que l'était le Professeur Lecène : opérant un malade de Bensaude de cancer du rectum, il constata que l'abaissement de cet intestin terminal était impossible. Passant alors par le ventre, pour une abdomino-périnéale, le chirurgien découvrit que c'était une diverticulite du sigmoïde, à distance du cancer rectal, qui avait empêché la mobilisation de cette anse.

SYMPTÔMES. — Le plus souvent ce sont des douleurs qui mettent en éveil le malade, douleurs localisées à la fosse iliaque gauche, non rythmées par les repas, intermittentes, et à type de coliques. Le patient éprouve de la distension abdominale et est sujet à des crises d'épreintes avec gargouillements qui se propagent vers la fosse iliaque gauche où ils s'éteignent toujours en un même point fixe. Pendant la crise, ni les gaz, ni les matières ne sont évacués et le malade accuse des nausées et quelquefois un ou deux vomissements. Après quelques heures de souffrance la crise se termine par l'émission abondante par l'anوس, de gaz et de matières diarrhéiques. Dans l'intervalle de ces accès on constate des alternatives de diarrhée et de constipation. Les matières sont souvent déformées, comme passées à la filière.

Souvent la constipation va s'accroissant jusqu'à faire craindre une occlusion intestinale qui, à la vérité, s'avère rarement définitive. Les hémorragies ne sont pas exceptionnelles : habituellement peu abondantes, de sang rouge, d'origine basse, elles sont expulsées avec les matières. Spriggs les a rencontrées, à son dire, dans 5 % des cas. Et il est vraisemblable qu'il tenait seulement compte des hémorragies macroscopiquement visibles (Obs. 74).

Très souvent, si la lésion se prolonge de la fosse iliaque vers le petit bassin, apparaissent des signes urinaires: ténésme vésical, pollakiurie sans cystite véridable, c'est-à-dire sans pyurie microbienne (Obs. 79).

ÉTAT GÉNÉRAL. — L'état général des malades est assez atteint. La constipation les intoxique, ils s'amai-

grissent, leur teint devient jaunâtre, terreux ; ils ont de l'inappétence et leur haleine est fétide. Souvent ils présentent un syndrome entéro-rénal. Mais ces signes, assez banaux et communs à plusieurs états morbides, ne sauraient entraîner la conviction d'un diagnostic différentiel entre le cancer et la diverticulite. Plus spéciale à cette dernière, en revanche, est l'existence d'un syndrome infectieux : poussées fébriles à 38°-38°5 ; hyperleucocytose élevée au-dessus de 15.000, due à la nature inflammatoire de la tumeur (Obs. 75).

SIGNES LOCAUX. — La tumeur est directement découverte par le palper abdominal seul, dans la fosse iliaque gauche, au cours des diverticulites du haut sigmoïde. Elle ne l'est que par le toucher rectal et vaginal, combinés au palper abdominal, dans les diverticulites de la boucle de l'anse oméga ou de sa branche distale. La tumeur iliaque gauche a été comparée à une mandarine, à un poing ; elle est en général de forme allongée, en boudin, en concombre. Elle peut, plus volumineuse, remplir exceptionnellement toute la fosse iliaque et affleurer à l'ombilic — ou même s'étendre vers la région lombaire.

Mais habituellement elle apparaît régulière, avec des bords latéraux nettement délimités. Son pôle supérieur se perd sur le côlon descendant, son pôle supérieur s'enfonce derrière le rebord ilio-pubien. Le toucher rectal ou vaginal le retrouve très haut vers la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est dure, sensible à la pression, plus sensible que la tumeur néoplasique et éveillant volontiers l'idée d'une lésion inflamma-

toire, d'autant plus qu'elle est également plus fixe, difficilement déplacée latéralement, roulant moins sous les doigts. Cette fixité relative est sans doute déterminée par la mésentérite rétractile. En outre un certain degré de rigidité musculaire défend le malade contre la palpation du chirurgien. Un caractère bien spécial à ces tumeurs inflammatoires réside dans la variabilité de leur volume et de leur consistance d'un examen à l'autre : Lecène, Bensaude, Swynghedauw ont insisté sur ces faits. Lorsque la tumeur est pelvienne, développée dans la partie basse de l'anse oméga, la fosse iliaque reste libre et ce n'est que le toucher vaginal, et surtout rectal, qui feront découvrir la maladie. Le palper bi-manuel sur les sujets maigres, facilite l'exploration. A travers la paroi de l'ampoule rectale libre, ou au fond du cul-de-sac vaginal, on sent dans le petit bassin comme une tumeur vague, peu mobile et plus ou moins sensible. Les contours en sont difficiles à préciser. Sa limite supérieure reste indéterminée. La mobilité est très réduite, la consistance élastique. Chez la femme, elle se distingue, au début, des organes génitaux, dont cependant la mobilité est plus ou moins atténuée. Chez l'homme, elle se situe entre la vessie et le doigt rectal, séparée de la masse prostatique. Mais quand une réaction inflammatoire se développe à bas bruit autour de la tumeur celle-ci paraît diffuse et étendue. On a la sensation d'une néoplasie pelvienne, d'une carcinose en nappe. Et comme il y a des troubles d'évacuation frisant l'obstruction intestinale on pratique un anus

iliaque et... on escompte la mort du malade. Mais six mois, un an après, l'exploration révèle un assouplissement considérable des lésions en même temps que l'état général s'est amélioré. Alors on rectifie le diagnostic. On se reporte aux symptômes du début qu'accusait le malade et on leur prête leur véritable valeur — douleurs locales vives de la masse, signes d'infection, troubles urinaires de voisinage, etc., etc. — et on reconnaît une diverticulite que finit par sanctionner une bonne radiographie.

COMPLICATIONS. — Ces fausses tumeurs diverticulaires, sujettes à des progressions et à des rétrogressions alternatives, peuvent fondre lentement ou au contraire donner lieu à des complications déjà étudiées. Ce seront des complications infectieuses : abcès péri-sigmoïdiens, fistules colo-vésicales et rarement dans ces diverticulites « vieilles » des péritonites par propagation.

Ce seront aussi des complications mécaniques : obstructions à répétitions et phénomènes subocclusifs amenant des signes d'intoxication stercorémiques (Obs. 123) et mettant les malades en état de moindre résistance opératoire. Une occlusion intestinale définitive peut même finalement se constituer. C'est surtout dans les diverticulites que l'anatomie pathologique nous a montrées sous la forme d'hypertrophies fibreuses que ces processus sténosants sont à redouter.

A côté de ces occlusions, lentement fermées sur le côlon même, on en observe certaines qui, par autre

mécanisme, portent sur le grêle. Des adhérences du grêle avec le foyer diverticulaire, des brides, des épiploïtes, peuvent provoquer l'occlusion d'une anse iléale ; elle sera plus grave, à évolution plus rapide, et d'une thérapeutique plus délicate. Telling en rapporte 3 exemples tous terminés par la mort. Lardennois encore (Obs. 78) fait le récit d'un malade, atteint d'une sténose incomplète du grêle pris dans un foyer diverticulaire du sigmoïde, qui finit par mourir après trois interventions.

Par contre un opéré de Ballin (Obs. 79) finit par guérir après deux entérostomies temporaires.

Obs. 70 (inédite). — *Diverticulite à type occlusif. Résection colo-iliaque* (Louis PRAT).

Miss C..., Anglaise, 62 ans, Depuis des années, constipation qui devient de plus en plus opiniâtre. Douleur spontanée depuis quelques mois de la fosse iliaque gauche.

A la palpation, défense légère de la paroi et douleur. Sensation d'intestin spasmodé en tuyau d'arrosage.

Février 1927 : RADIOGRAPHIE (D^r Le Cocq) : « Région spasmodée de l'S iliaque. Péricôlite. Belladone. Nouvelle radio : l'image de la première radio est modifiée. L'intestin semble normal ».

Cependant, malgré la belladone, les troubles s'aggravent et la défense pariétale notamment devient plus intense. On sent une masse du volume d'une mandarine dans la fosse iliaque gauche.

12 février 1927 : Ether (D^r Guillermond) :

Laparotomie médiane. Exploration génitale = 0. Appendice volumineux épais, long. Ablation. L'S iliaque a un méso très court rétracté. En un point, il présente une induration du volume d'une noix. Cette induration est à cheval sur le bord adhérent et le méso lui-même de l'intestin. Diagnostic de probabilité : Néo au début.

L'intestin est à méso très court, non éviscérable. Décollement péritonéal. L'intestin ne sort pas, bridé par le pédicule vasculaire. Section des vaisseaux faisant corde. L'S iliaque et le méso sont alors attirés hors du ventre. Suture



FIG. 22. — Radiographie de la malade de l'obs. n° 70.
Deux diverticules très nettement visibles sur le côlon sigmoïde.
A la partie supérieure de l'anse omega, image de pré-diverticulose.

en canon de fusil des branches de l'S iliaque. Incision latérale dans la fosse iliaque gauche à travers de laquelle l'intestin est attiré hors du ventre. Fixation séro-mésentérique. Un bourrelet de gaze passe sous l'intestin. Fermeture de la laparotomie médiane.

Suites simples : Le quatrième jour, section de l'anse ex-

cluse (20 centimètres environ), au thermo, au ras de la paroi.

Examen histologique (D^r Leroux) : Pas de modification architecturale appréciable dans la disposition des différentes couches intestinales. On constate seulement une infiltration inflammatoire non systématisée répartie dans le chorion, la sous-muqueuse, et les interstices de la musculuse, ainsi que dans le tissu graisseux avoisinant. Cette infiltration est surtout à type polynucléaire. En surface de la séreuse existe une fausse membrane fibrineuse avec quelques poly.

En somme : *inflammation banale aiguë*.

Suites opératoires : Entérotome. Section de l'éperon. Fermeture progressive de l'anus artificiel.

En 1930, cure d'une petite éventration gauche. Depuis, va parfaitement au point de vue addominal.

En 1934, ablation d'un sein cancéreux.

En février 1935, pleurésie gauche cancéreuse. Mort en mars 1935.

Réflexions. — Nous n'avons jamais pu nous expliquer la pathogénie des lésions observées chez cette malade, après l'examen histologique.

Ayant pu nous procurer des radios faites en Angleterre, nous avons trouvé l'image de prédiverticulose du côlon descendant décrites par les Américains et au niveau du point correspondant à la lésion de l'S iliaque, un diverticule. (Fig. 22).

Notre éducation n'étant pas faite sur les diverticulites en 1927, nous n'avons pas cherché dans la lumière de l'intestin l'orifice diverticulaire et nous n'avons pas écrit la description macroscopique de la pièce enlevée.

De même, la description histologique du Docteur Leroux ne révèle pas nettement qu'il s'agit d'une diverticulite.

Mais le siège même de la lésion, surtout à l'insertion de l'intestin méésentère (on sait que souvent les diverticulites sont intra-mésentériques), la nature purement inflammatoire de la pièce tend à prouver que nous avons opéré (sans le savoir) une diverticulite enflammée avec péridiverticulite.

Obs. 71 (inédite). — *Diverticulite à forme de tumeur du côlon descendant. Résection. Guérison* (Professeur GRÉGOIRE).

Ch..., charcutier, âgé de 64 ans, vient consulter pour gêne de la défécation et douleur dans la fosse iliaque gauche. Cet homme qui, jusqu'alors, avait toujours joui d'une bonne santé, se sent fatigué depuis plusieurs mois. Il a interrompu son travail et ne fait à peu près plus rien. Depuis 6 mois, sa constipation s'est notablement accentuée ; à vrai dire, il a toujours eu une certaine difficulté à aller à la selle et, aussi loin qu'il se souvienne, il a dû s'en préoccuper. Mais actuellement la difficulté a beaucoup augmenté et il doit chaque jour augmenter la dose d'huile de ricin qu'il a pris l'habitude d'absorber.

Enfin, depuis la même époque, il maigrit, mais comme il ne s'est jamais pesé, il ne peut donner d'autre précision que la largeur exagérée de ses vêtements ; il éprouve aussi depuis quelques semaines une douleur continue, mais peu prononcée, dans la fosse iliaque gauche. La pression de sa ceinture augmentant cette douleur il l'a supprimée pour la remplacer par des bretelles : ainsi peut-il ne plus se serrer le ventre.

A l'examen : on remarque un amaigrissement relatif, son teint est resté bon. Il paraît encore vigoureux. L'abdomen est fort et ballonné mais souple et indolore sauf au niveau de la fosse iliaque gauche. En effet, dans cette région, à la hauteur et en dedans de l'épine iliaque, on sent une masse du volume d'un poing ; celle-ci est dure, irrégulière, légèrement douloureuse à la pression. Sa mobilité est peu marquée. Il est vrai que la contraction musculaire de la paroi rend difficile cette recherche.

Le foie est normal. Il n'y a pas d'ascite appréciable. Le cœur, les poumons sont normaux. L'excrétion du rein paraît normale, la dose d'urée du sang est de 0,38. Le diagnostic de néoplasme du côlon descendant est posé en raison de troubles de la défécation, de l'affaiblissement de l'état général, de l'amaigrissement et de la tumeur trouvée à l'examen.

Le 23 juillet 1932, c'est-à-dire quatre semaines après le premier examen, la tumeur est la même, mais la gêne de l'évacuation intestinale s'est accentuée, le ventre est gonflé, tympanique. Il existe des côliques douloureuses. Le malade a des faux besoins et ne rend que des glaires non-sanglantes. L'opération est décidée et acceptée. Le 24 juillet 1932, sous anesthésie au Schleich, l'abdomen est ouvert au droit de la tumeur, suivant une incision parallèle au grand droit dans le sillon latéral de l'abdomen. Le péritoine est de couleur normale, il n'y a pas d'ascite ; on aperçoit aussitôt une masse tout à fait mobile siégeant sur le côlon descendant. Elle a le volume du poing, des franges épiploïques hypertrophiées y adhèrent et la recouvrent. Le côlon gauche présente un méso assez long, non infiltré, qui permet aisément l'extériorisation de la masse et d'une grande longueur du côlon ; on ne constate pas de ganglions dans l'épaisseur du méso ni au niveau de sa racine. Le côlon sus et sous-jacent à la tumeur est accolé en canons de fusil. Quelques points séparés maintiennent cet accollement. Une baguette de verre est passée à travers le méso au-dessous de la zone accolée. L'abdomen est refermé.

Le 27 juillet 1932, sous anesthésie, résection de la tumeur. Ligature de nombreux vaisseaux.

La pièce est ouverte aussitôt après l'opération et l'on constate que la plus grande partie de la tumeur est formée par un épaississement considérable de la graisse sous-péritonéale. La muqueuse du côlon est normale, peut-être un peu plus rouge que d'habitude. En un point, le doigt sent un épaississement plus grand et plus dur de la paroi ; une incision à ce niveau ouvre dans toute son étendue un diverticule rempli de matières fécales. Celui-ci a les dimensions d'un grain de maïs ; la couche graisseuse sous-péritonéale qui l'entoure est fortement infiltrée et enflammée. Il s'est fait à ce niveau une sorte de fibro-lipomatose infiltrée qui forme toute la tumeur.

28 octobre : Sous-anesthésie au Schleich, fermeture intrapéritonéale de l'anus contre nature, par rapprochement des

deux bouts du côlon et suture bout à bout. Dans les jours suivants, il se déclare une petite fistule stercorale qui guérit spontanément.

Malade revu en janvier 1935 en parfait état de santé.

Obs. 72 (inédite). — *Tumeur inflammatoire diverticulaire, Diagnostic par la clinique et la radio.* (D^r LARDENNOIS).

Monsieur Ho..., 75 ans, se plaint de fatigue générale, d'un amaigrissement manqué. Il présente des phénomènes de sub-occlusion intestinale, avec douleur dans la fosse iliaque gauche. Un médecin de Versailles porte le diagnostic de cancer et conseille un anus iliaque.

Le Docteur Lardennois voit le malade le 17 mars 1930 ; à l'examen, on sent dans la fosse iliaque gauche une masse indurée légèrement douloureuse.

Une radiographie montre de nombreux diverticules. Le diagnostic est alors celui de sigmoïdite et péri-sigmoïdite diverticulaire. Le malade très âgé, cardiaque, n'est pas opéré.

Obs. 73. — *Diverticulite à forme de tumeur. Diagnostic radiologique. Anus cæcal. Résection. Guérison.* (BENSAUDE et TURIN).

M. C..., 58 ans, syphilis mal soignée, contractée en 1892. Depuis 1888, il se plaint de troubles intestinaux, d'alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, s'accompagnant de coliques. En 1920 et 1921, périodes de constipation intense avec vives coliques intestinales. En 1922, le malade est pris brusquement d'une crise d'occlusion intestinale, avec constipation opiniâtre, fort ballonnement du ventre et violentes coliques. Le Professeur Depage découvre alors une tumeur dans la partie gauche de l'hypogastre. En septembre 1922, le malade entre dans une clinique pour être examiné. Etat général bien conservé, pas de fièvre, appétit médiocre, renvois, pas de vomissements, pesanteur dans le bas-ventre, ballonnement surtout marqué dans la partie supérieure droite de l'abdomen ; on sent, dans la fosse iliaque gauche, et se prolongeant vers la ligne médiane, une tumeur

boudinée, transversale, légèrement douloureuse, mobile et dure ; elle paraît constituée par le côlon. Le cæcum est gros et distendu, les selles sont dures, d'apparence normale. La recherche du sang dans les fèces est négative à plusieurs reprises. Examen radiologique : 5 radiographies après lavement montrent toujours dans la même région des irrégularités du contour de l'S iliaque, des prolongements digitiformes, parfois bifurqués, des saillies anormales. Après évacuation du lavement, il persiste dans ce même segment du sigmoïde vidé de son contenu des points arrondis et noirs, correspondant à de la substance opaque restée comme « accrochée » à la paroi. Sur la seule vue des radiographies, le Docteur Bensaude pose le diagnostic de diverticules du sigmoïde. L'intervention, pratiquée le 19 septembre 1922 par le Professeur de Quervain, confirme ce diagnostic.

Un anus cæcal est pratiqué. Le 15 décembre 1922, résection du segment de l'S iliaque atteint de diverticulose. Revu le 16 mars 1923, le malade est en bon état, il a engraisé de trois kilogrammes en un mois. Il se plaint toutefois d'une constipation qui va en s'accroissant ; il persiste dans la fosse iliaque gauche une fistule qui est le siège de crises douloureuses et auquel met fin l'évacuation d'une sécrétion muco-purulente.

Obs. 74. — *Tumeur inflammatoire diverticulaire. Colostomie transverse. Guérison (MONSARRAT).*

Homme de 47 ans, se plaint de constipation avec intervalles de diarrhées. Souffre également d'hémorragies occasionnelles depuis quatre mois. On sentait le côlon pelvien sous la forme d'une masse douloureuse et indurée dans la fosse iliaque gauche. A l'intervention, on trouve tout le côlon pelvien induré, enflammé. Vu les signes de sténose, on pratique une colostomie transverse.

Lavage du bout inférieur, le malade étant très amélioré, la colostomie est fermée au bout de deux mois. Guérison.

Obs. 75. — *Tumeur inflammatoire diverticulaire. Anus iliaque. Guérison. (PRIMEROSE).*

Homme de 47 ans. En 1910, tumeur pelvienne englobant le rectum et la partie inférieure du sigmoïde. Constipation progressive depuis 4 mois. A son entrée, l'occlusion était presque complète avec douleurs vives après les repas, vomissements. Il avait maigri de 15 à 20 livres. L'abdomen était distendu, on sentait facilement la tumeur dans le petit bassin. Température, 38°3 ; pouls, 72. Leucocytes, 24.000.

Intervention : Tumeur adhérente à la paroi pelvienne gauche, englobant l'appendice. Libération. Appendicectomie. Section de l'intestin au-dessus de la tumeur, abouchement à la peau avec un tube de Paul. Trois semaines plus tard une portion de la masse est enlevée par voie rectale. Elle est purement inflammatoire. Au bout de 3 mois, le bout inférieur est perméable. Fermeture de la colostomie et de l'anus. Guérison depuis 15 ans.

Obs. 76. — *Tumeur inflammatoire diverticulaire. Libération. Tamponnement à la gaze. Guérison (PRIMEROSE).*

Femme de 22 ans. Consulte pour une tumeur rappelant un sarcome fortement attaché à la fosse iliaque gauche. Tumeur apparue il y a 3 mois, en même temps qu'une difficulté croissante pour aller à la selle. Masse ovoïde à contours réguliers, fortement adhérente à l'os iliaque, remontant en haut et en dedans jusqu'à 5 centimètres de l'ombilic, sensible à la pression non fluctuante. Température, 37°8-38°. Amaigrissement considérable.

Intervention : La tumeur est fixée à l'os mais grâce à un plan de clivage on arrive à la séparer de l'os.

On voit qu'elle englobe alors le sigmoïde ; elle est unie à l'utérus. Tamponnement à la gaze. Biopsie. L'examen montre qu'il s'agit seulement de tissus inflammatoires. Dans la suite, fistule stercorale qui guérit spontanément. Guérison se maintenant depuis 15 ans.

Obs. 77. — *Tumeur inflammatoire diverticulaire. Abcès. Occlusion. Anus iliaque. Guérison. Fermeture de l'anus. Récidive. Nouvel anus laissé 8 mois. Fermeture. Guérison définitive. (PRIMEROSE).*

Le capitaine B..., 22 ans, est pris le 16 septembre 1918 d'une crise d'appendicite gangreneuse. Opération. Guérison. Après cette intervention, il commence à se plaindre de l'abdomen et le 4 octobre 1918 il est admis à l'hôpital de Toronto avec une occlusion aiguë.

Intervention immédiate : le péritoine est rouge, congestionné ; tout le gros intestin et les derniers centimètres de l'intestin grêle sont fortement dilatés. Une anse iliale distendue est trouvée adhérente au sigmoïde. En libérant l'adhérence, ouverture d'un abcès du Douglas. A la jonction recto-sigmoïdienne, existe une tumeur. On diagnostique une diverticulite. Le cas est considéré comme désespéré et une colostomie est pratiquée sur la partie la plus élevée du sigmoïde.

Le 27 novembre, après lavement opaque, assurant l'intégrité de l'intestin, l'anus est fermé.

Le 8 mars 1919, signes d'occlusion. Les matières ne passent plus, mais le malade continue à évacuer des gaz. Une tumeur est perçue en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Laparotomie. Masse de la partie inférieure du sigmoïde adhérente à la paroi abdominale antérieure et à la face postérieure de la vessie. Un nouvel anus gauche est pratiqué. Le 10 novembre, huit mois après la dernière intervention, la tumeur a entièrement disparu. Après lavement opaque, fermeture de l'anus. Guérison se maintient depuis 6 ans.

Obs. 77 bis. — *Tumeur inflammatoire diverticulaire. Occlusion pendant huit jours. Résection. Guérison.*
(MONSARRAT).

Homme de 44 ans. Depuis 5 ans, crises de douleurs abdominales. Il est vu au cours d'une crise douloureuse abdominale qui a débuté par des douleurs très vives. Ni matières ni gaz depuis huit jours. On sent une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Diagnostic préopératoire : carcinome du colon. Intervention : résection de la tumeur. Elle est purement inflammatoire et due à une diverticulite. L'anus est fermé ultérieurement. Guérison.

Obs. 78 (inédite). — *Diverticulite à forme de tumeur. Adhérences iléales. Sub-occlusion. Mort.* (D^r LARDENNOIS).

Monsieur La..., 40 ans, est porteur d'une tumeur importante de la fosse iliaque gauche. On a successivement posé le diagnostic de cancer, puis de péritonite tuberculeuse. Il existe de la température, du ballonnement abdominal et des phénomènes de sub-occlusion. Mais il existe aussi des périodes de rémission avec disparition presque complète des symptômes qui ne cadrent pas avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse ou de cancer sigmoïdien. Les examens radiologiques mettent en évidence une adhérence de l'intestin grêle avec le colon sigmoïde. Les signes occlusifs s'aggravant fortement, on pratique le 17 juillet 1931 une colostomie sus-iliaque. Le 6 août 1931, laparotomie médiane : on trouve un énorme foyer inflammatoire avec de gros ganglions ; deux anses du grêle sont très adhérentes au foyer sigmoïdien. La résection paraît impossible ; on fait deux anastomoses iléo-iléales, sans exclusion, au-dessus et au-dessous du foyer. A la suite de cette intervention, amélioration. Mais le malade continue à faire un peu de fièvre et des troubles intestinaux par coudure de l'S iliaque.

Le 3 novembre 1932, dégagement de l'S iliaque et nettoyage. On s'aperçoit alors que le foyer sur l'S iliaque est dû à une diverticulite. A la suite de cette intervention, grosse amélioration, mais le malade continue à souffrir.

Le 24 novembre 1934, libération simple d'adhérences. Mais à la suite de cette intervention, phénomènes de shock, sans raisons apparentes, qui tuent le malade (insuffisance hépatique ?).

Obs. 79. — *Diverticulite. Occlusion par adhérences iléo-sigmoïdiennes. Guérison* (BALLIN).

C..., homme de 27 ans, obèse. Appendicectomie en 1916, après deux crises d'intensité moyenne. Après l'intervention souffre comme auparavant. Ces crises douloureuses, aussi bien que celles précédant l'intervention, s'accompagnent de ténesme vésical. Passe alors par deux hôpitaux successifs où aucun diagnostic n'est posé. Il arrive au Harper's hospital

le 25 septembre 1922. Il se plaint principalement de douleurs à la miction. Examens radiologiques du rein et de la vessie restent négatifs. Seules des douleurs au niveau du cæcum font penser à des adhérences intestinales.

Intervention le 2 octobre 1922 : On trouve une stricture inflammatoire de l'iléon à 6 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Cette stricture est solidement adhérente à une partie enflammée du sigmoïde, qui à ce niveau montre une tumeur circulaire évoquant l'idée de cancer. On se borne à faire une entérostomie sur l'iléon au-dessus de la stricture. Tous les symptômes disparaissent, et le 14 octobre 1922, 12 jours après, on réintervient dans l'idée de réséquer la partie cancéreuse du sigmoïde. A notre grande surprise le cancer a disparu et nous notons que des appendices épiploïques montrent des traces inflammatoires tout à fait caractéristiques de diverticules sigmoïdiens.

Les anses grêles étaient toujours adhérentes et pour les court-circuiter nous pratiquons une iléo-sigmoïdostomie; malheureusement cette intervention est suivie d'une occlusion intestinale qui cède à une entérostomie temporaire. Par la suite, le malade guérit complètement et parfaitement.

LES DIVERTICULITES ASSOCIÉES

Cancer et diverticulites

La coexistence des diverticulites et du cancer n'est pas exceptionnelle. Koch et Hochenegg, en 1903, l'ont signalée pour la première fois (Obs. 82). Depuis, Wilson, Giffin, Mayo, Roberts, à l'étranger, Bensaude et ses collaborateurs en France, ont également été frappés de l'association des deux affections et ont disserté sur leurs modalités. De Hoed, Newton, Ballin (Obs. 85) et Hermann Fischer (Obs. 83) en ont rapporté aussi des cas, et Prat en a recueilli deux observations (Obs. 80 et 81).

L'apparition du cancer secondaire à la diverticulite se révèle dans des conditions cliniquement différentes. La lésion mixte est parfois découverte seulement au cours d'une intervention chirurgicale : tantôt l'opérateur croyait être en présence d'un cancer colique (Obs. 82), tantôt il pensait traiter une diverticulite grave. L'opération révéla l'existence des deux lésions concomitantes.

Dans d'autres cas, au contraire, la diverticulite avait antérieurement été diagnostiquée et même traitée. Mais l'aggravation progressive des signes pathologiques, l'amaigrissement soudain, l'apparition de mœlénas répétés, attirent l'attention et confirment la naissance du cancer. Parfois c'est après la formation d'un abcès diverticulaire que le cancer se développe. Ainsi

la malade de l'observation n° 81 avait été opérée d'un abcès de la fosse iliaque gauche qu'une radiographie postérieure rapporta à une diverticulite. Il n'y avait pas encore radiologiquement de cancer. La malade conservant une fistule stercorale, il fut pratiqué une iléosigmoïdostomie suivie de succès. Mais un an après cette intervention apparut un cancer sigmoïdien qui envahit la première cicatrice opératoire, forma ulcération et entraîna finalement la mort de la malade qui n'avait pas voulu se soumettre à une opération nouvelle.

Chez le malade de l'observation 80 apparaît un volumineux abcès présacré, certainement d'origine diverticulaire. Il est incisé et drainé. Trois mois après, les bords de la cicatrice s'indurent et une biopsie que nous avons pratiquée a confirmé l'apparition d'une néoplasie.

Pour certains auteurs américains, Mailer, Ballin, en particulier le cancer prendrait naissance dans le fond du recessus diverticulaire et évoluerait extrinsèquement à l'intestin, sans donner lieu à une sténose côlique. Ce serait là la dégénérescence directe du diverticule en cancer, le diverticulo-cancer. A l'appui de sa thèse, Ballin publie une observation (Obs. 85) qui n'entraîne pas une conviction absolue, puisque l'existence des diverticules mêmes n'est qu'hypothétique.

Que disent les statistiques sur la fréquence de la coexistence des diverticules et du cancer ?

Mayo, en 1917, relevait 13 cas de diverticulo-cancer sur 48 cas de diverticulites (soit 29 %). Giffin 5 cancers dans une série de 27 diverticulites (soit 18,5 %).

Proportions énormes qui tendraient à prouver que la diverticulite constitue un état précancéreux incontestable. Mais Rankin et Brown ont récemment repris la question et, compulsant tous les cas de diverticulites et tous les cas de cancers cœliques publiés à la clinique Mayo au cours des cinq dernières années, ils n'ont relevé la coexistence du cancer et de la diverticulite que 4 fois sur 227 observations, soit dans une proportion de 0,6 %. Or l'anatomie pathologique nous a déjà appris que les diverticulites du côlon se rencontraient chez 2 à 3 % des individus. Il n'y a donc aucune raison pour que sur 100 cancéreux du côlon, il n'y ait également 2 à 3 porteurs de diverticules. Le diverticule ne constituerait donc pas une lésion précancéreuse. Tout au plus « est-il prudent de dire, avec « David, que les relations entre l'inflammation chro-
« nique et le cancer sont identiques au niveau du
« gros intestin à ce qu'elles sont ailleurs ». De cette constatation, il faut tirer l'enseignement que la crainte de cancérisation secondaire d'une diverticulite ne doit pas entrer en ligne de compte dans le choix de la thérapeutique chirurgicale de cette affection.

Obs. 80 (inédite). — *Malformation congénitale urinaire de l'urèthre. Diverticules vésicaux. Diverticules cœliques. Abscès rétro-rectal. Cancer.* (L. PRAT).

Monsieur Th..., sujet anglais. A l'âge de 20 ans, va aux Indes où il séjourne une vingtaine d'années. Il y contracte typhoïde, malaria et « plusieurs fièvres tropicales ».

A l'âge de 37 ans, il rentre en Angleterre. Après plusieurs années normales, sa santé décline et il souffre de douleurs internes traitées pour ulcère probable du duodéum. A 47 ans

accident de cheval (fracture du pied). A son arrivée à la clinique, mœlena abondant. A 50 ans, récidence de l'ulcère duodénal considéré comme guéri après trois mois de traitement. Quelques mois après, douleurs violentes du ventre : opéré d'appendicite suppurée aiguë. Vient alors en France. Son intestin, sauf constipation assez sévère, fonctionne grâce à du nujol, à de la coreïne, etc. Des troubles urinaires apparaissent.

En 1931, il consulte le spécialiste urinaire (Docteur Tourtou) qui nous a communiqué le rapport suivant :

Monsieur Th... Vu pour la première fois le 7 avril 1927 pour de la dysurie. Alors âgé de 62 ans, il signale qu'il présente des urines troubles et de la gêne à la miction depuis 15 ans environ. Tout cela a été étiqueté à Londres « infection colibacillaire ». Soigné par des antiseptiques sans grande amélioration. Aucune pollakiurie ni diurne ni nocturne.

Il y a 10 ans environ on a découvert qu'il existait un rétrécissement urétral. Il a été traité annuellement et parfois deux fois par an en Suisse par des dilatations au Colman. Il n'a jamais eu d'hématuries ni de douleurs.

A l'examen : Urines effectivement très troubles, purée de pois. Il existe un hypospadias balanique qui n'a jamais gêné le malade. Rétrécissement urétral à 5 cent. environ du méat ; on passe avec difficulté l'explorateur à boule n° 12.

Toucher rectal : Prostate petite, dont on sent les lobes latéraux normaux, bien séparés par le sillon médian. On poursuit les dilatations jusqu'au 44 béniqué, mais les urines devenant troubles, on recherche le résidu. A cette période, où le canal est parfaitement perméable, on trouve un résidu de 60 cc. Après un lavage de vessie avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 1.000, les urines deviennent plus claires et le malade repart pour Londres les premiers jours de mai avec des urines plus claires et un résidu qui persistait à 60 cc. environ.

Le malade est revenu fin septembre 1927. Le résidu est tombé à 38 cc., on peut passer sans difficulté un béniqué 38. (Les dilatations n'ont jamais dépassé 42 ou 44 en raison du méat hypospade qui ne permettait pas d'aller au delà).

Quatre jours après, le malade a alors un résidu de 21 cc., on note une augmentation du volume de la vessie qui paraît déviée vers la région hypogastrique droite. La sonde est placée, il faut appuyer à ce niveau pour permettre à l'urine de s'écouler.

Le malade est cystoscopé le 28 septembre 1927 : vessie à colonnes et cellules ; à droite on voit un orifice assez volumineux correspondant à un diverticule. Le méat urétral est situé immédiatement au-dessous de ce gros diverticule et on peut en voir l'éjaculation. A gauche, on ne voit pas l'orifice urétral qui doit vraisemblablement être situé à l'intérieur d'un autre diverticule dont l'orifice est beaucoup moins important en forme de raquette assez typique des diverticules congénitaux.

Ce malade, revu chaque année, a continué à être dilaté, conservant des urines troubles avec des périodes où les mictions étaient composées d'urines claires, le résidu variant toujours de 60 à 250 grammes.

En octobre, crise hémorroïdaire. Un médecin conseille après radiographie l'entrée dans une clinique pour examen.

La radio anglaise (25 octobre 1932) montre des diverticules du sigmoïde. Le malade néglige le conseil de son médecin et se fait faire, *proprio motu*, des lavages intestinaux contre sa constipation de plus en plus opiniâtre.

En février 1933 les troubles intestinaux s'accroissent (compresses, lavements intestinaux, laxatifs). Par l'anus le malade évacue des matières gélatineuses ?

Le 11 mai 1933, température 39° et difficultés de plus en plus grandes des selles. Le 13 mai, rétention d'urines. Sondages. Le 15 mai, phénomènes d'obstruction de plus en plus croissante. Le 16 mai, occlusion intestinale.

La radio d'octobre 1932 en Angleterre permettait d'incriminer les diverticules comme cause de l'occlusion. Le toucher rectal permettait de sentir de l'empatement périrectal.

Le 16 mai 1934, anus sur le transverse. Sonde vésicale à demeure. Amélioration immédiate.

Le 21 mai, on sent par le toucher rectal que l'empatement périrectal se ramollit et descend derrière le rectum. Ouver-

ture d'un abcès présacré (150 gr. environ de pus épais et fétide). Chute de la température. 26 mai, ablation de la sonde. Le 29 juin, point de côté sous-claviculaire gauche. Température 39°, un peu de sang dans les crachats. Petite embolie.



FIG. 23. — Image radiologique obtenue par lavement opaque poussé dans le segment efférent de l'anus transverse. Nombreuses images de diverticules sur le côlon sigmoïde.



FIG. 24. — Cystographie. Un énorme diverticule de vessie sur le côté gauche de la figure. A droite, 3 petits diverticules sont visibles.

Pas de signes stéthoscopiques. Urines troubles. Rein droit objectivé. Sonde à demeure. Lavages.

Lè 29 juin, radios (D^r Paschetta), diverticules de la vessie et du sigmoïde (fig. 23 et 24).

Amélioration progressive.

Le 8 juillet, la région périrectale est assouplie, dégagée. Mais on sent au niveau de l'ouverture de l'abcès une induration qui peu à peu prend l'aspect d'un véritable museau de tanche qui saille progressivement dans la lumière rectale. Bientôt le doute n'est plus permis : un épithélioma semble s'être greffé sur la paroi postérieure du rectum.

Biopsie pratiquée (août 1933) par Monsieur Pierre Paul Prat. Examen Rubens Duval : Néocylindrique du rectum.

Le malade, trop fatigué pour subir une exérèse du cancer, part en Angleterre où il consulte un chirurgien qui refuse de l'opérer et lui révèle qu'il a un cancer.

Quand il revient sur la Côte d'Azur, hiver 1933, l'état général s'est considérablement amélioré, mais l'état local s'est aggravé. Il va passer l'été en Suisse. En 1934, l'état général est conservé bon, mais localement carcinose abdomino-pelvienne. Mort le 9 janvier 1935.

Lavement bismuthé (fig. 23). — Un lavement bismuthé est gardé difficilement, il est expulsé à peu près au fur et à mesure de sa pénétration.

Nous avons pu faire une radiographie qui, en outre de la grosse image diverticulaire ci-dessus décrite, présente une image de l'intestin jusqu'au niveau de la partie médiane du sigmoïde. Présence de nombreux diverticules au niveau du sigmoïde.

Une injection poussée par l'orifice de l'anus contre nature, vers le bas, distend complètement le gros intestin jusqu'au niveau du sigmoïde et ne révèle rien de nouveau.

Le liquide opaque ne paraît pas passer ou très mal passer à la partie inférieure du sigmoïde.

Nous n'avons pas vu ni passer le liquide opaque de la vessie dans le rectum, ni la gélobarine du rectum dans la vessie. Il ne semble donc pas exister de communication entre la vessie et le recto sigmoïde.

Cystographie (fig. 24). — La cystographie révèle une image tout à fait anormale.

A droite, remplissant presque tout le côté droit du bassin, une grosse cavité de forme utéroïde, située à droite et en avant de la sonde. Au niveau de la sonde, la substance opaque remplit une cavité de petites dimensions à laquelle sont appendus de nombreux diverticules. Cette dernière image paraît être la vessie proprement dite, tandis que la grosse image de forme utéroïde paraît être un énorme diverticule de la vessie.

Après l'évacuation du liquide vésical par la sonde, la petite cavité avec ses petits diverticules ne donne plus d'image, la grosse cavité diverticulaire donne encore une image très opaque.

Conclusions : Rétrécissement au niveau du sigmoïde, de nature organique.

Nombreux diverticules du sigmoïde.

Petit développement de la vessie avec présence de nombreux diverticules parmi lesquels un immense, plus grand que le corps de la vessie et situé à droite de la ligne médiane.

Obs. 81 (en partie inédite). — *Diverticulite. Absès iliaque. Cancérisation secondaire.* (L. PRAT, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie* (22 octobre 1929).

Mme Saï... Joséphine, 58 ans.

Vient consulter pour des douleurs abdominales surtout localisées à gauche et une difficulté considérable à évacuer ses matières. Elle raconte que, hormis un accouchement pénible, il y a quinze ans, terminé par une basiotripsie, et quelques troubles cardiaques ayant nécessité des cures de digitale, elle n'a jamais souffert du côté abdominal ; constipation habituelle.

La maladie actuelle aurait débuté en juillet 1929 par une fièvre de Malte confirmée par le laboratoire, mais qui n'aurait duré que 20 jours, au cours de laquelle on aurait constaté la présence d'un peu de sang rouge dans les selles.

Mais dès le lever, la malade a souffert du ventre, de nausées, de constipation opiniâtre et de poussées de fièvre irrégulière. Elle a été radiographiée en octobre et on a constaté

un dolichocôlon avec une boucle intestinale du côlon gauche. Elle a été envoyée dans notre service par un chirurgien qui nous l'adressait avec l'indication probable d'une opération portant sur le gros intestin à cause de sa boucle anormale.

Pendant quelques jours d'observation, la malade présentait une fièvre vespérale irrégulière et ondulante allant quelquefois jusqu'à 39°5, mais évoluant habituellement autour de 38°, très mauvais état général, de l'anorexie, un état suburral prononcé, des vomissements espacés. Parfois de petites crises d'obstruction intestinale cédant à un purgatif.

Bientôt nous constatâmes l'apparition dans la fosse iliaque gauche d'un empâtement de plus en plus étendu, d'abord très dur, tendu avec gonflement et douleur de plus en plus marquée. Bientôt même apparaît une légère rougeur. Le toucher rectal ne révélait rien.

Un examen du sang avait montré, le 29-10-29 :

Globules rouges	2.900.000
Leucocytes	10.200
Poly	.80
Lympho	19
Eosinophiles	0,5
Urée sanguine	0,203
Réaction Wassermann	Négative

Le 4 novembre 1929, nous pratiquons une incision parallèle à l'arcade au niveau de la fosse iliaque gauche. Nous tombons dans une masse lardacée avec début de suppuration et odeur très fétide. Drainage. Quatre ou cinq jours après, des matières fécales passent par la plaie. Cet anus ne donne jamais très abondamment des matières ni du pus.

L'examen d'une parcelle de la tumeur inflammatoire fut pratiqué au laboratoire, qui répondit qu'il s'agissait probablement d'une tumeur épithéliale, mais les conclusions n'étaient pas absolument affirmatives.

Après une période de grande amélioration pendant laquelle la fièvre était tombée, la malade ne souffrait plus et n'avait plus de crises d'obstruction et que l'état général se remon-

tait, on vit la fièvre réapparaître de temps en temps et la malade perdre à nouveau du terrain.

Comme l'examen attentif des radiographies nombreuses nous avait révélé, sur l'une d'elles (fig. 25), après notre opération du 4 novembre, l'existence de diverticules et que



FIG. 25. — Radiographie de la malade de l'obs. 81. Lavement opaque. Deux diverticules tangentiels sur le côté gauche de la figure, marqués par une flèche. Une flèche montre également un diverticule vu de face, se projetant sur l'ombre colique.

nous avons rapporté à une diverticulite tous les accidents locaux, nous nous décidâmes, le 15 janvier 1930, à réintervenir : Laparotomie médiane.

Nous constatons que le côlon iliaque est libre et appa-

remment normal en dehors de la zone limitée où il adhère à l'anus iliaque ; il semble à ce niveau s'enfoncer, fortement attiré et très rétréci, dans la masse inflammatoire.

Comme l'état général de la malade n'est pas très brillant, nous nous décidons à pratiquer une opération minima et, au bouton plastique que nous avons fait construire par Robert et Carrière, nous pratiquons une iléo-sigmoïdostomie termino-latérale.

Ce bouton spécial n'est autre que le bouton anastomotique de Villars dont la cheminée métallique a été conservée, mais dont la couronne est remplacée par un produit plastique qui se ramollit, se détache après quelques jours et s'élimine sous forme d'une masse élastique, malléable, incapable d'obstruer la lumière intestinale.

Les suites opératoires furent simples, sauf une déhiscence partielle des téguments réparée après quelques jours. Le 15 février, l'anus iliaque est à peu près fermé : il ne s'écoule que de loin en loin des parcelles de matière fécale.

Mais à la fin février, une nouvelle poussée de fièvre s'allume, tandis que dans la fosse iliaque, une collection purulente se produit. Nous l'incisons et la drainons.

A partir de ce moment la convalescence s'établit et la malade se lève le 5 mars. La fistule intestinale est fermée et la petite suppuration presque tarie. La malade part le 14 mars.

Vers la fin de cette même année, nous avons été appelés à revoir cette malade, après plusieurs mois de bien-être, elle a vu se former au niveau de sa cicatrice de la fosse iliaque une tumeur qui a progressivement augmenté, est devenue saignante, puis sanieuse.

Il existait incontestablement une transformation néoplasique. La malade, qui n'a pas voulu subir d'opération, est décédée à une date que nous n'avons pas pu préciser.

Obs. 82. — *Tumeur de l'S iliaque : opération carcinome et diverticules* (KOCH et HOCHENEGG, *Archives für Klin. Chir.*, 10-1903, p. 876).

Malade âgée de 70 ans. Opérée le 26 octobre 1900. Diagnostic préopératoire : Carcinome de l'S iliaque.

Laparotomie ; carcinome de l'S iliaque occupant un bon tiers de la périphérie, mais l'S iliaque tout entier présentait de nombreux diverticules de la grosseur maxima d'une cerise remplis de matière fécale ; ils donnent au doigt l'impression de cire molle.

Opération en deux temps. Guérison maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. 83 (résumé). — *Diverticule du sigmoïde, Cancer de l'S iliaque.* (HERMANN et FISHER, *Annals of surgery*, 1932, p. 315).

Femme de 65 ans. Vue en 1930. Se plaint de constipation alternant avec des crises de diarrhée, sang dans les selles. Douleurs crampoïdes dans l'abdomen. Perte de poids. Elle amène avec elle un film radiologique où apparaissent des diverticules du sigmoïde. Elle refuse de se faire hospitaliser pour examen complémentaire. Revient en juin 1931 et raconte l'histoire suivante : En excellente santé jusqu'à il y a deux ans. Elle commence à perdre du poids et ses forces. Anorexie, toujours constipée, sa constipation s'exagère depuis 2 ans. Elle a parfois des hémorragies rectales, entre les selles, jamais profuses, par intermittences depuis 2 ans. Il y a deux jours, après une exonération, douleurs abdominales intenses surtout marquées dans le quadrant inférieur gauche. Depuis deux ans elle a déjà eu plusieurs attaques identiques.

A l'examen : Sensibilité (tenderness) à la pression profonde de la région sigmoïdienne. Pas de tumeur perceptible. Toucher rectal négatif, si ce n'est une légère douleur à la pression. Toucher vaginal : utérus petit rétroversé, masse irrégulière douloureuse dans le cul de sac postérieur, masse non mobile, fortement adhérente à la paroi postérieure de l'utérus, emplissant tout le cul de sac de Douglas. Lavement opaque difficilement pratiqué. Toutefois, aspect de diverticules du côlon sigmoïde. Grosse dilatation des anses grêles, obstacle probable sur le côlon.

Opération le 17 juin 1931 : Médiante sous-ombilicale. Li-

guide péritonéal séreux. Grand épiploon adhérent au sigmoïde, adhérences du sigmoïde du transverse, des anses grêles, qui sont très dilatées. En séparant le grêle du sigmoïde, ouverture d'un petit abcès contenant du pus crémeux. Il apparaît alors une volumineuse tumeur du sigmoïde. Extériorisation, résection. La partie distale de l'intestin est fixée dans le bas de la plaie, la partie proximale à la partie supérieure. Drain cigarette. Tube de Paul dans le bout supérieur.

Guérison sans incidents.

Fermeture de l'anوس le 27 septembre 1931. Guérison.

Examen de la pièce : Adénocarcinome typique, ulcération muqueuse, existence de plusieurs diverticules.

Obs. 84. — *Carcinome développé sur un diverticule sigmoïdien.* (GIFFIN et WILSON).

Homme de 68 ans. Début il y a 4 ans. Le début est marqué par une crise dysentérique hémorragique de 4 à 5 jours avec douleur dans le bas-ventre. Une accalmie de plus d'une année suivit ; puis survinrent à de longs intervalles des crises douloureuses accompagnées ou non de vomissements, localisées à la fosse iliaque gauche. Il existait une sensibilité permanente de cette région et l'on constatait avant l'opération un certain degré d'amaigrissement. Une masse du volume d'une orange était perceptible dans la fosse iliaque gauche, du sang rouge fut à plusieurs reprises reconnu dans les selles.

A l'opération (W. J. Mayo) on trouva un diverticule carcinomateux perforé avec abcès péri-diverticulaire, à la jonction du côlon descendant et du côlon iliaque. Il existait encore un certain nombre de diverticules non cancéreux.

Résection du côlon gauche : l'extension du processus épithéliomateux tendait à effacer les diverticules juxtaposés.

Obs. 85. — *Cancer du sigmoïde développé sur un diverticule* (BALLIN).

X..., 32 ans, est examiné et traité plusieurs fois pour lithiase urétérale. Puis apparaissent des signes de suppuration abdo-

minale. Le 6 octobre 1919, le docteur Allen ouvre le côté droit, pensant trouver un abcès appendiculaire. L'appendice était libre et indépendant d'un grand abcès rétropéritonéal rempli de pus malodorant.

Amélioration temporaire, mais des crises de rétention purulente déclenchaient des douleurs très vives.

Le 10 février 1920, réintervention. Nous trouvons que l'abcès est limité latéralement par le cæcum et s'étend jusqu'au sigmoïde. La paroi de l'abcès donne l'impression de tissus néoplasiques, il s'étend jusqu'à la paroi du sigmoïde sans entamer la lumière de l'intestin. Le tissu de l'abcès montre à l'examen un adénocarcinome. Le malade meurt trois mois après.

Conclusions : Carcinome à point de départ sigmoïdien qui n'a jamais entamé la lumière de l'intestin, existence de signes vésicaux, qui seraient pour l'auteur la caractéristique du cancer à point de départ diverticulaire.

Obs. 86. — *Cancer de l'angle splénique coexistant avec des diverticules.* (ROLLESTON, *The Lancet*, April 1 st 1905, p. 854).

Homme de 58 ans ; meurt de péritonite appendiculaire.

A l'autopsie : multiples diverticules de l'S iliaque.

Diverticules de l'angle splénique coexistant avec une sténose cancéreuse.

Diverticulite et parasites intestinaux

Cette association n'est pas exceptionnelle. Faut-il y voir une coexistence fortuite, ou une association morbide ?

La question est difficile à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances. Il paraît cependant logique de penser que les recessus qui forment les diverticules constituent d'excellents « réservoirs de virus ».

A l'opposé, le parasite intestinal doit former à l'intérieur du diverticule un corps étranger nocif capable de jouer un rôle dans l'inflammation de ce diverticule. Le parasite le plus habituellement associé à la diverticulite est sans doute l'amibe. Notre malade de l'observation n° 6 en est un exemple.

D'autres parasites peuvent être trouvés. Il s'agissait de lamblia dans l'observation de notre Maître et ami le Docteur Hillemand.

Il n'est pas illogique de penser que les oxyures se réfugient dans les diverticules comme ils le font dans l'appendice et y provoquent peut-être des points d'infection. Rif (de Strasbourg) a montré (*Presse Médicale*, 1919) que dans les appendices enlevés (selon les précautions qu'il prescrivait) par le Docteur Prat, de Nice, il avait trouvé jusqu'à 75 % des vermis d'enfants infestés par les oxyures, et il a confirmé que le piqueté hémorragique de la muqueuse dû aux piqûres de ces nématodes était la porte d'entrée de l'infection appendiculaire.

Diverticulite et tuberculose intestinale

Cette association est vraiment exceptionnelle.

Nous n'en connaissons que les deux cas rapportés par Mailer et vraisemblablement cette coexistence est-elle fortuite.

Obs. 87. — *Fistule côlo-vésicale par diverticulite. Résection colique. Guérison.* A l'examen de la pièce : *tuberculose associée aux diverticules.* (R. MAILER, *Amer. Jour. of Surgery*, février 1927, p. 142).

Un clergyman de 48 ans arrive à la Mayo clinic le 8 décembre 1920 ; aucun antécédent pathologique. Il y a 8 mois, après une période de trois semaines où il souffre de douleurs péritonéales très vives, amélioration soudaine de la douleur avec décharges purulentes et sanglantes par l'urèthre. Depuis cette époque, pneumaturie et fécalurie, traitées par des lavages au nitrate d'argent, sans grande amélioration.

A l'examen, état floride. Pas d'amaigrissement. Exploration rénale négative. La radio du côlon montre un défaut de remplissage du sigmoïde avec de nombreux diverticules. La cystoscopie montre une image de cystite diffuse. Les orifices urétéraux sont normaux, mais il existe une ouverture irrégulière sur le dôme vésical.

Intervention le 16 décembre : incision médiane sous-ombilicale. Le diagnostic de diverticulite ouverte dans la vessie est confirmé. Les deux organes sont séparés. La fistule sur la vessie est fermée par deux sutures en bourse au catgut chromé. La masse inflammatoire du sigmoïde est libérée : 18 centimètres d'intestin sont réséqués. Une anastomose bout à bout est réalisée. L'appendice est extériorisé par une petite incision droite et une petite sonde est introduite dans sa lumière. Une sonde à demeure est laissée dans la vessie. Guérison rapide. Le 22^e jour, le malade rentre chez lui.

Deux ans après, revient à la clinique avec une tumeur des bourses et une fistule stercorale. Castration unilatérale, épidi-dymimectomie du côté opposé pour tuberculose.

Examen de la tumeur intestinale : Macroscopiquement aspect de diverticulite. Muqueuse saine. Très grosse hypertrophie des parois intestinales portant sur la sous-séreuse surtout. A l'examen microscopique : nodules tuberculeux typiques dans la sous-séreuse avec follicules nombreux de cellules géantes.

Obs. 88. — *Idem et Ibidem.*

L'auteur rapporte un deuxième cas ; il s'agissait d'un sujet porteur d'une tumeur cœlique.

A l'intervention, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur diverticulaire. Résection. Mort au bout de 6 semaines de broncho-pneumonie.

L'examen histologique de la tumeur montre également des follicules tuberculeux.

LES FORMES TROMPEUSES DE LA DIVERTICULITE

Ces formes sont créées par la prédominance d'un symptôme majeur qui leur donne le masque d'une autre affection, ou par une localisation exceptionnelle de la diverticulite dont la symptomatologie « d'emprunt » fait alors la forme anormale.

Les formes trompeuses peuvent être groupées sous trois chefs principaux : les formes simulant une affection digestive, celles simulant une affection génitale, celles simulant une affection urinaire.

Formes pseudo-digestives

Formes simulant l'appendicite chronique

C'est une des formes les plus fréquentes. Le tableau clinique est alors absolument comparable à celui d'une appendicite chronique : troubles côlitiques, douleur à droite, quelquefois même constatée sous écran. Assez souvent l'erreur n'est pas reconnue, même à l'intervention, et la diverticulite continuant, c'est l'évolution post-opératoire qui redresse le diagnostic. En voici deux exemples que nous devons à la complaisance de notre Maître le Docteur Lardennois :

Obs. 89 (inédite). — *Pseudo-appendicite chronique. Appendicectomie. Absès iliaque gauche. Résection d'une sigmoïdite diverticulaire. Guérison* (Docteur LARDENNOIS).

Monsieur D..., 50 ans, souffrait depuis de longues années

de troubles côlitiques. Depuis un mois ces troubles s'étaient exagérés et l'avaient conduit à recourir aux bons offices du Docteur M... Celui-ci, pensant à une appendicite, opère ce malade le 5 septembre 1934. Il trouve une péritonite subaiguë, avec un appendice légèrement enflammé. Appendicectomie, drainage.

A la suite de l'intervention, pas d'amélioration. Le drain laisse s'écouler par intermittences un liquide légèrement purulent ; un état de subobstruction intestinale, portant sur le sigmoïde, s'installe. Des poussées de température à 40° cèdent à la remise en place du drain. Cet état se prolonge pendant 7 mois.

Le Docteur Lardennois, appelé en consultation, diagnostique une sigmoïdite méconnue.

Opération le 31 mars 1935.

Incision médiane. On trouve un gros foyer sigmoïdien, très éloigné du cæcum. Plusieurs anses grêles sont adhérentes. En dégageant ces adhérences, on arrive sur l'S iliaque très augmenté de volume, épaissi, portant un diverticule ouvert dans un foyer suppuré ; il ne s'agit sûrement pas d'un abcès résiduel appendiculaire. Drainage de l'abcès iliaque gauche. 13 jours après l'intervention sous anesthésie locale, colostomie sus-iliaque.

L'état général s'améliore très rapidement. L'opération ne date que de trois semaines et il ne persiste qu'une fistulette en voie de guérison.

Obs. 90 (inédite). — *Sigmoïdite diverticulaire méconnue.*

Appendicectomie. Extériorisation et résection de l'S iliaque. Guérison (D^r LARDENNOIS).

Monsieur K... est opéré le 26 février 1931. Il se plaignait depuis longtemps de douleurs à droite, un examen radiologique conclut : appendicite chronique, spasme du cæco-côlon, transit colique accéléré. Dolicôlon, stase vésiculaire.

Appendicectomie à froid le 26 février ; grêle adhérent dans le bassin, pérityphlite peu accentuée. Suites opératoires normales : gaz le 28 février, la température redevient normale le 1^{er} mars. Mais le malade, qui commence à manger, souffre

maintenant dans le côté gauche, les douleurs augmentent progressivement et le soir du 4 mars, après un grand frisson, la température monte à 40°. A l'examen : défense dans la fosse iliaque gauche. Intervention d'urgence : sigmoïdite aiguë, l'S iliaque est rouge vif, parois très épaisses, violacées. Pas de pus, quelques adhérences, énorme congestion. Décollement laborieux, extériorisation pénible. On place l'intestin sur trois tiges métalliques. Aussitôt après l'extériorisation, amélioration des symptômes. Incision 36 heures après, Résection 48 heures après l'ouverture, fermeture de l'anus. Guérison.

A l'examen de la pièce, l'S iliaque est bourré de diverticules.

Formes simulant l'appendicite aiguë

Dans certaines éventualités la diverticulite simule non plus l'appendicite chronique mais bien la crise appendiculaire aiguë. Beaucoup des malades dont les observations ont été évoquées au chapitre des « péritonites diverticulaires » avaient été opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Le tableau clinique peut en être réalisé en effet par une diverticulite sigmoïdienne dont la douleur spontanée et provoquée siège à droite. Dans ces cas, sans doute, se trouve-t-on en présence d'une anse oméga horizontale dont le sommet atteint la fosse iliaque droite. Dans les éventualités heureuses, l'erreur est reconnue à l'intervention ; mais si le chirurgien se contente, pour légitimer son opération, de la constatation de modestes et hypothétiques lésions appendiculaires, et laisse méconnu le foyer sigmoïdien, le drame abdominal continuera et pourra évoluer vers une issue fatale.

Tel était le cas du malade suivant :

Obs. 91 (inédite). — (DOCTEUR LARDENNOIS).

Le 14 juillet 1931, le malade, M. G..., 31 ans, m'est amené d'urgence. Diagnostic : appendicite aiguë.

Le malade est un sujet gras, ballonné, vomissant. L'interrogatoire est difficile. L'appendicectomie est faite d'urgence. L'appendice ne montre pas de lésions caractérisées, il est seulement oedématié avec séreuse injectée.

Les symptômes ne s'apaisent pas et le 15 juillet ils prennent une allure tellement alarmante, avec prédominance à gauche, qu'il faut faire le diagnostic de sigmoïdite.

Nous incisons la fosse iliaque gauche, les anses grêles sont un peu distendues, mais plaquées sur l'S iliaque. Nous décollons l'intestin et à ce moment issue d'une assez grande quantité de pus malodorant. En libérant l'S iliaque, on trouve un coprolithe important entouré de débris intestinaux. Ce coprolithe ne peut venir que d'un diverticule. On extériorise péniblement l'S iliaque à l'endroit où se trouve la partie nécrosée. L'S iliaque est ouvert quelques heures après.

Le malade meurt le 18 juillet 1931.

Beaucoup plus rarement ce tableau d'appendicite aiguë se trouve réalisé par une diverticulite du cæcum ou du transverse. Le tableau devient alors absolument superposable à celui d'une appendicite aiguë.

Obs. 92. — *Diverticulite du cæcum. Diagnostic d'appendicite. Diverticulectomie. Guérison* (Professeur LECÈNE).

Le 19 juillet 1924, on amène dans mon service de l'hôpital Saint-Louis une malade âgée de 30 ans, infirmière dans un service de médecine, pour des accidents abdominaux aigus sérieux. La malade raconte qu'elle a été prise, il y a deux jours, à 11 heures du soir, d'une très violente douleur dans le flanc droit, irradiant vers la région lombaire et l'omoplate droite. Cette douleur s'est accompagnée d'un grand frisson. Il n'y a eu ni vomissements, ni nausées. La malade a continué à souffrir toute la nuit. Cependant, le matin, la douleur se calma et la malade essaya de se lever ; elle avait alors 38°1

(rectal), mais elle fut obligée bientôt de se recoucher ; le soir, 38°8, puis 39°2. La douleur a de nouveau repris et même beaucoup augmenté pendant cette seconde nuit. Actuellement, la température est à 39°, le pouls à 100. On trouve au niveau de la région lombo-iliaque droite une zone de défense musculaire très marquée, avec submatité à la percussion. Cette zone est située nettement au-dessus de la ligne ombilic-épine iliaque a.-s. Elle s'étend en arrière vers la région lombaire. La malade a eu un peu de diarrhée cette nuit. Le reste de l'abdomen n'est que médiocrement météorisé et il n'existe aucune contracture pariétale, en dehors de la zone décrite. Rien d'anormal au toucher vaginal ou rectal. Les urines sont claires et normales.

Je fais le diagnostic d'appendicite aiguë sur un appendice en position latéro-cæco-côlique et je conseille l'opération immédiate, à cause de la fièvre actuelle, de la reprise de la douleur et surtout du frisson initial.

La malade a eu, il y a 3 ans, une crise douloureuse, assez analogue à celle-ci, mais très atténuée, sans fièvre au-dessus de 38° et n'ayant duré que 4 à 5 jours. La malade a eu deux enfants à terme, il y a 5 ans et demi et il y a 4 ans ; accouchements normaux.

Opération le 20 juillet 1924, environ 50 heures après le début de la crise. On fait, sous anesthésie à l'éther, une incision sus-iliaque droite. Dissociation des muscles larges ; ouverture du péritoine. On trouve un peu de pus fétide dans la gouttière latéro-cæco-côlique. Le cæcum et l'appendice ne présentent que des lésions légères de leur revêtement séreux ; on enlève cependant l'appendice. Par contre, au-dessus de la région iléo-cæcale, franchement sur le côlon ascendant, on trouve un nodule induré du volume d'une noix verte ; il est entouré de pus fétide ; on l'isole et l'on reconnaît que c'est un diverticule du côlon ascendant contenant un fécalome ; la paroi du diverticule est gangrenée et la perforation est imminente. Résection du diverticule et suture en trois plans de la paroi côlique. Fermeture de l'incision pariétale par trois crins en masse avec un drain au contact de la

zone infectée. Guérison sans fistule. La malade est revue en novembre 1924, en très bonne santé ; cicatrice solide.

Il s'agit donc ici d'une diverticulite aiguë gangrenée, sur le point de se perforer, siégeant sur le côlon ascendant et ayant présenté tous les caractères cliniques d'une appendicite aiguë latéro-cæco-côlique. Grâce à l'intervention rapide, la malade a été très simplement guérie, sans fistule et peut-être une péritonite diffuse, ou tout au moins une collection suppurée grave qui commençait à se former, ont été évitées.

Obs. 93. — *Un cas de diverticulite aiguë perforante du cæcum* (DALGER et COUREAUD).

Le soldat Cas..., 20 ans, est hospitalisé le 29 août 1926, dans le service de M. le Médecin Chef Oudard, avec le diagnostic de « crise appendiculaire ». Début le 26 dans la nuit par des douleurs ayant leur maximum dans la région épigastrique, douleurs continues sans irradiation et accompagnées de vomissements. Le 27 et le 28 août, état stationnaire, une selle spontanée le 28. Dans la nuit du 28 au 29 août, 48 heures après le début, apparaît un renforcement de douleurs, toujours du type continu ; elles ont cette fois leur maximum dans la fosse iliaque interne droite avec irradiations dorso-lombaires, arrêt des matières et des gaz, vomissements jaunâtres. Le malade est hospitalisé le lendemain. A son entrée : signes de péritonite localisée à la fosse iliaque droite, douleur, contracture de défense, signe de Jacob positif s'étendant jusqu'à la ligne médiane. Le reste de l'abdomen est souple et peu sensible. Le toucher rectal montre un Douglas sensible, mais non infiltré. Température 37°2, pouls 72. Etat général bon, pas d'altération du faciès. Trois heures après, tous les signes persistent, mais la température est de 38°5, le pouls à 88. Le Jacob tend à déborder la ligne médiane. On porte le diagnostic de péritonite appendiculaire en voie de généralisation et on décide d'intervenir immédiatement. Intervention le 29 août, à 22 heures, trois jours après le début des accidents. Incision de Roux et dissociation musculaire que l'on agrandira ultérieurement par section.

A l'ouverture du ventre, le cæcum apparaît œdédié,

couvert sur sa face antérieure de placards fibrineux blanchâtres, l'appendice est en situation latérale externe plaqué contre le cæcum, il participe à l'inflammation générale de la région, sans caractères pathologiques propres.

En réclinant le cæcum à gauche, on aperçoit de la sérosité louche dans l'angle cæco-pariétal et après assèchement, le cæcum montre immédiatement, en arrière et en dehors de la base de l'implantation de l'appendice, une plaque ecchymotique d'apparence sphacélée ovalaire : deux centimètres sur un centimètre. Cette plaque violacée presque noirâtre montre en son centre un orifice de quelques millimètres par lequel émerge la saillie d'un coprolithe.

Appendicectomie sans enfouissement. On extrait le coprolithe qui, régulièrement arrondi, a la forme d'une petite bille. L'extraction du coprolithe déchire nécessairement la zone sphacélée qui apparaît extrêmement mince, au-dessus d'elle la lumière cæcale ne paraît pas ouverte, aucune issue de pus ou de matière n'accompagne cette extraction. L'état du cæcum ne permet aucune suture. Mise en place d'un Mikulicz, réduction de la plaie opératoire. Suites opératoires simples. Deux jours après l'intervention, émission spontanée d'une selle. Cicatrisation de la plaie sans qu'apparaisse de fistule stercorale. La radio pratiquée deux mois après l'intervention montre quelques adhérences, mais pas de diverticules.

Obs. 94 (Résumée). — *Diverticulite aiguë du côlon transverse. Syndrome d'appendicite aiguë. Résection intestinale. Guérison.* (VELLACOT, *British medical journal*, 13 août 1919, p. 134).

Madame W..., 36 ans, entre au Royal Albert Hospital le 28 décembre 1918. Depuis 18 mois, crises douloureuses épi-gastriques sans caractère. Au moment de l'entrée, signes complets d'appendicite, sauf que la douleur et la contracture ont leur maximum tout près et à droite de l'ombilic.

Sans aucune hésitation on pose le diagnostic d'appendicite.

Incision de Mac Burney, liquide fétide, appendice sain. On sent une masse sur le côlon transverse. L'opérateur se

donne du jour par le haut. Masse de la taille d'une noix à la face postérieure du côlon; cette masse est perforée. Croyant à un cancer : résection cœlique, large anastomose bout à bout. Guérison. A l'examen de la pièce, pas de cancer, mais on trouve un gros diverticule perforé contenant un calcul stercoral.

Formes pseudo-cancéreuses.

Elles sont courantes et bon nombre de diverticulites sont opérées avec le diagnostic de cancer du sigmoïde. L'intervention même ne redresse pas toujours l'erreur et le pseudo-cancer est jugé inextirpable : un anus iliaque est pratiqué et... le malade guérit définitivement.

En voici deux exemples :

Obs. 95 (Inédite). — *Pseudo cancer. Anus. Guérison.* (Docteur LARDENNOIS).

Madame Lav..., 65 ans. En 1927, présente des signes d'obstruction intestinale progressive : sensation d'arrêt des matières et des gaz. Elle souffre de 5 ou 6 épreintes dans la journée, rend des glaires et du sang.

L'examen est difficile, la malade est obèse. On ne sent pas de tumeur sigmoïdienne, mais il existe une sensibilité de la région. Une série de radiographies successives montre une obstruction progressive de l'S iliaque. Le Docteur Bensaude appelé en consultation confirme le diagnostic de cancer et il ne vient dans l'esprit de personne qu'il puisse s'agir d'autre chose que d'un cancer recto-sigmoïdien.

Le Docteur Lardennois pratique un anus sus-iliaque, donc en 1927.

Depuis cette époque, cette malade voit mourir successivement son médecin traitant et son radiographe. La malade continue à vivre et réclame la fermeture de son anus. On refait un examen radiologique : la partie inférieure de son intestin est libre, il s'agit d'un S iliaque portant de multiples diverticules.

L'éperon de la colostomie est abattu à l'entérotome. Peu à peu l'anus à dérivation totale ne devient qu'une fistule latérale qui donne de moins en moins.

En raison de l'âge avancé de la malade et de l'incertitude du transit, après diverses consultations, on laisse la chose où elle en est. La malade est très peu incommodée par cette fistule sèche.

Obs. 96. — *Pseudo cancer du sigmoïde. Anus iliaque. Guérison.* (Docteur Louis PRAT, Soc. de chirurgie, 22 octobre 1929).

M. S..., français, 41 ans.

Toujours bien portant. Maladies d'enfance : rougeole, varicelle. Pas de constipation dans le jeune âge. Légère obésité.

En août 1914, rappelé au 46^e chasseurs alpins. Aux tranchées, en octobre 1915, sa maladie a commencé. Troubles intestinaux. Évacué pour ictère. En novembre 1915, revient au front. En février 1917, évacué pour dysenterie. Selles fréquentes, évacuations liquides. Pas de sang. Après les évacuations, le malade voit ses douleurs abdominales soulagées. Depuis lors, toujours souffrant de l'intestin. Epreintes, envies fréquentes (6 à 8 selles par jour, crémeuses, jaunes noirâtres, fétides ou selles très liquides). La selle soulage le malade. Etat général très bon. De 1917 à 1920, le malade a grossi de 75 à 105 kilogs. Aussi en novembre 1917 (Hôpital Complémentaire n° 10) est-il décrété, à son dire, simulateur par un Professeur de la Faculté de Paris.

En 1920, selles toujours fréquentes. Epreintes. Si l'envie n'est pas satisfaite, vomissement de matières alimentaires. La selle ou les vomissements soulagent le malade.

En 1924, le Docteur Mazzoleni constate une douleur sur le

gros intestin, atteint de « cõlite intense », 5 à 6 selles à types post-prandial. En septembre 1924, examen des fèces, type de fèces de cõlite intense avec insuffisance de suc gastrique. Putréfaction précoce et marquée.

Le 21 avril, crise violente de cõlite. Sensation d'arrachement dans le ventre. Frisson violent. Fièvre. Repos au lit pendant 8 jours. Température. Belladone. Lavements huileux. En avril 1927, épидидymite. C'est à cette occasion que je vois le malade. Il a une épидидymite aiguë avec hydarthrose du genou droit. Cependant l'examen de l'urèthre ne révèle pas de gonocoques. Les urines sont troubles. Poids : 90 kilos.

Le toucher rectal permet de sentir au-dessus de la prostate une masse diffuse, un peu douloureuse, à contours mal limités, fixe, que nous pensions être un néoplasme de l'oméga.

Radio (par Daviot). Elle montre à la terminaison de l'anse omega une zone nettement sensible avec pénétration difficile du bismuth et rétrécissement de la lumière intestinale. Mais nous ne savons pas y interpréter les images de 2 diverticules.

Le 11 juin 1927, nous pratiquons un anus iliaque gauche.

L'anse est un peu difficile à amener à la peau à cause de l'embonpoint du malade. Au 4^e jour, ouverture de l'anus. Pendant une semaine, température.

Les symptômes intestinaux s'amendent très rapidement. Le malade ne souffre bientôt plus de tenesme, d'épreintes ni de selles diarrhéiques. L'épididymite guérit définitivement. Le 26 juillet, amélioration de l'état général et local. On constate déjà une régression des signes pelviens. Nous ne revoyons plus le malade pendant plusieurs mois. En 1928, nous constatons que la masse pelvienne a fondu. Il ne pouvait donc s'agir d'un néoplasme. Nous faisons faire une nouvelle radio qui montre des diverticules le long de l'anse, de manière incontestable.

Le malade conserve encore son anus et s'en accommodant aisément, ne se résout pas à une intervention chirurgicale nouvelle.

Les symptômes généraux graves, les hémorragies abondantes, l'amaigrissement intensif ont fait porter le diagnostic de cancer que la radiographie, ou même l'intervention seule, permettent de rectifier.

Obs. 96 bis. — *Hémorragies intestinales ; arrêt du lavement baryté. Diagnostic, cancer. Intervention : diverticules sous tumeur. Ablation des calculs fécaux. Guérison.* (BENSAUDE et PAUCHET).

M. L., 75 ans. Syphilis ancienne régulièrement traitée. Depuis plusieurs années, de temps à autre, douleurs dans le côté gauche du ventre. Le 1^{er} juillet, hémorragie intestinale très abondante. Pas de constipation, pas de diarrhée. Léger amaigrissement. Examen radioscopique négatif après repas opaque ; après lavement : temps d'arrêt au niveau de l'S iliaque qui se remplit ensuite. Examen rectoscopique : rien à signaler. On porte le diagnostic de cancer de l'S iliaque. Le 1^{er} août 1917, laparotomie exploratrice par le Docteur Pauchet : Le côlon descendant était farci de diverticules gros comme des pois, chacun d'eux étant occupé par un calcul fécal. L'un de ces calculs diverticulaires était gros comme un œuf de pigeon, avec réaction inflammatoire. Après incision de l'intestin par crainte d'un cancer, on constate que les lésions sont purement inflammatoires. Muqueuse lisse et ecchymotique. Fermeture de l'intestin, ablation des calculs. Guérison. Depuis cette date, les hémorragies ne se sont pas reproduites. Le malade, malgré son âge, est en excellente santé.

Obs. 97 (Inédite). — *Pseudo cancer de l'S iliaque. Amaigrissement : 20 kilogs. Lavement opaque. Diverticules.* (Professeur GRÉGOIRE).

Madame M..., âgée de 65 ans, sans profession, entre dans le service de M. le Professeur Grégoire le 2 août 1934. Elle se plaint, à l'admission, de douleurs abdominales. Au commencement de la guerre, elle se plaignait déjà de troubles entéritiques marqués de 20 selles par jour. Selles glaireuses,

quelquefois teintées de sang. Cet état persiste avec des périodes d'accalmie et d'aggravation jusqu'au mois de décembre dernier. A ce moment, elle commence à se plaindre de douleurs très vives dans le bas-ventre, irradiant vers les cuisses sans horaire régulier. La malade ne va à la selle que très difficilement et souffre beaucoup au moment de la défécation. Cette constipation est très opiniâtre et la gamme habituelle des laxatifs n'arrive pas à la vaincre. Les selles sont glaireuses, très fétides, mêlées parfois à du sang. Amaigrissement de 20 kilogs. Appétit conservé.

Antécédents : rien à signaler.

A l'examen : mauvais état général, vive douleurs à la palpation dans le quadrant inféro-gauche de l'abdomen. Toucher rectal très douloureux. On ne sent pourtant rien.

Examen radiologique : 8 août 1934, repas baryté ; aucune image anormale.

14 août 1934 : l'administration d'un lavement opaque, essayé à deux reprises, n'a permis d'obtenir que la réplétion du rectum et d'une faible partie de l'S iliaque. Il y a, au niveau de l'anse sigmoïde, un arrêt total de la substance opaque qui provoque une distension géante de l'ampoule rectale et un reflux de la substance opaque vers l'anus. Il faut suspecter un obstacle cœlique.

17 août 1934 : un autre cliché pris deux jours après le lavement montre l'existence de nombreux diverticules.

La malade, très âgée, fatiguée, n'est pas opérée.

Obs. 98. — *Amaigrissement progressif. Douleurs sigmoïdiennes. Lavement opaque : sténose. Laparotomie : diverticules et spasmes. Diverticulectomie. Guérison.* (Professeur LECÈNE).

Le 8 novembre 1920, un homme, âgé de 62 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, pour des phénomènes douloureux localisés dans la fosse iliaque gauche.

Le malade raconte que, le 15 octobre 1920, après son repas du soir, il a été pris de violentes coliques abdominales, d'abord diffuses, puis localisées aux deux fosses iliaques ; il vomit son dîner puis de la bile. Les douleurs abdominales

persistent pendant plusieurs jours, puis se calment. Il n'y a pas eu d'arrêt complet des matières ni des gaz pendant la crise récente. Cependant, depuis 6 ou 7 mois, le malade est constipé, alors qu'il ne l'était pas auparavant ; de plus, il a remarqué plusieurs fois que ses selles étaient noirâtres, bien qu'il ne prît aucun médicament. Il a eu, depuis 6 mois, 3 crises douloureuses assez analogues à celle qui a été décrite plus haut, mais moins violentes. Il n'y a jamais eu de fièvre. Actuellement, la température est normale. Le malade a maigri notablement et ses digestions sont plus difficiles depuis 6 mois ; cependant il n'a pas perdu l'appétit. Il n'y a pas de douleurs à la défécation. Au toucher rectal, on ne sent rien d'anormal. Au palper de la fosse iliaque gauche, on perçoit une sorte de boudin induré, correspondant à l'S iliaque, mais qui semble varier de consistance au cours de l'examen. Une radioscopie montre que le lavement baryté remplit bien l'ampoule, passe très difficilement dans le côlon pelvien, puis, une fois ce défilé franchi, remplit normalement tous les autres côlons et le cæcum. Il existe incontestablement, au dire du radiographe, un rétrécissement au niveau du côlon pelvien. Dans ces conditions, on fait le diagnostic de rétrécissement très probablement cancéreux du côlon pelvien.

Opération le 17 novembre 1920. Chloroforme. Incision iliaque gauche. On découvre largement le côlon iléo-pelvien. On ne trouve pas de cancer, mais un intestin spasmodiquement contracturé, avec trois gros diverticules contenant chacun une boule fécale, du volume d'une noisette. Ces diverticules siègent près de la bandelette antérieure du gros intestin et sont libres dans le péritoine, mais il existe de la méso-sigmoïdite rétractile. Excision de ces trois diverticules ; ligature à leur base ; enfouissement de la ligature sous deux bourses séro-musculaires ; suture de la paroi en trois plans. Guérison opératoire.

Le malade a été revu 2 ans après, en bonne santé. Il est moins constipé qu'auparavant et n'a plus présenté de crises douloureuses analogues à celles qu'il avait avant l'opération.

L'examen microscopique des diverticules a montré qu'ils

présentaient la structure habituelle de ces diverticules : muqueuse d'aspect cœlique, paroi fibreuse avec de rares fibres lisses ; la muqueuse et la sous-muqueuse sont légèrement enflammées (infiltration leucocytaire).

Il s'agit donc, dans ce cas, d'un spasme du côlon pelvien déterminé par la présence de trois gros diverticules avec fécalomes inclus, ayant simulé un cancer du côlon pelvien. Au point de vue clinique, il faut noter la consistance variable du segment intestinal perçu au palper, ce qui ne se voit guère dans le cancer cœlique (sauf si l'on palpe au-dessus de la lésion un segment intestinal qui présente des mouvements péristaltiques exagérés).

Dans des cas tout à fait exceptionnels, ce n'est plus un cancer du sigmoïde mais un cancer du cæcum que simule la diverticulite. La diverticulite cæcale est en effet une rareté.

Obs. 99. — *Signes de sténose intestinale. Tumeur cœlique. Résection iléo-cæcale. Tumeur diverticulaire.* (Résumé d'une observation de ELSE WOLF).

M. B..., âgé de 50 ans, est pris brusquement, en bonne santé apparente, d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite. Température élevée, pas de vomissements, émission de gaz. Il existe de la défense musculaire et une vive douleur à la palpation. Tous ces symptômes régressent rapidement et il ne subsiste que des signes de sténose intestinale. On pense à un cancer du cæcum accompagné de phénomènes inflammatoires. L'examen radioscopique montre un aspect marbré de l'intestin et, à l'union du cæcum et du côlon ascendant, on voit, communiquant avec la lumière intestinale, 3 ou 4 diverticules longs de 2 à 3 centimètres. Intervention : présence d'une tumeur au début du côlon ascendant. Résection du cæcum et de l'iléon. Après examen de la pièce, on constate l'existence d'au moins 5 diverticules.

Diverticulités pseudo-occlusives.

Au cours des poussées de diverticulite il n'est pas exceptionnel que la constipation, les coliques, l'arrêt des matières et des gaz, le ballonnement, les nausées ou les vomissements réalisent un véritable tableau pseudo-occlusif. Il faut connaître ces formes et savoir les dépister pour éviter des laparotomies inutiles en pleine poussée de diverticulite. L'examen du sang (leucocytose et polynucléose) fournit un élément de diagnostic de grande valeur.

Obs. 100 (Inédite). — *Pseudo-occlusion par diverticulite. Diagnostic par la clinique et la radiologie. Abstention opératoire, guérison.* (L. PRAT).

Madame Sch..., 76 ans. Jamais de maladie grave ; 4 enfants vivants, bien portants. Deux fausses couches (5 à 6 semaines ou 2 mois).

Constipation « de nature » combattue par des drogues, toute la vie.

Tous les 3 à 4 mois, crise douloureuse généralisée plus marquée à gauche et en bas. Douleurs à gauche au moment de l'évacuation. Ces crises nécessitaient le repos au lit pendant 1 ou 2 jours. Ces temps derniers, ni la constipation, ni les crises ne sont plus marquées.

Quelquefois (repas, excès de fruits) petites crises de diarrhée ; jamais de sang ; antérieurement, jamais de vomissements. Le 25 janvier 1933, constipation plus opiniâtre pendant 5 jours ; après trois jours, plus de gaz.

Entre à la clinique pour occlusion intestinale (Docteur Gluge). Mais ni vomissements ni borborygmes douloureux, ni gros ballonnement ; on sent dans la fosse iliaque gauche un « tuyau d'arrosage ».

Le 28 janvier 1935 : radio (lavement bismuthé). (Docteur Daviot). Le lavement remplit l'ampoule rectale, commence à déplier l'anse sigmoïde, puis s'arrête à la partie moyenne

du sigmoïde. Malgré la pression, aucune trace de gélobarine ne peut passer dans le descendant. L'arrêt est très irrégulier, la lumière intestinale présente sur une longueur de 1 à 2 cm. une lacune avec taches blanches disséminées for-

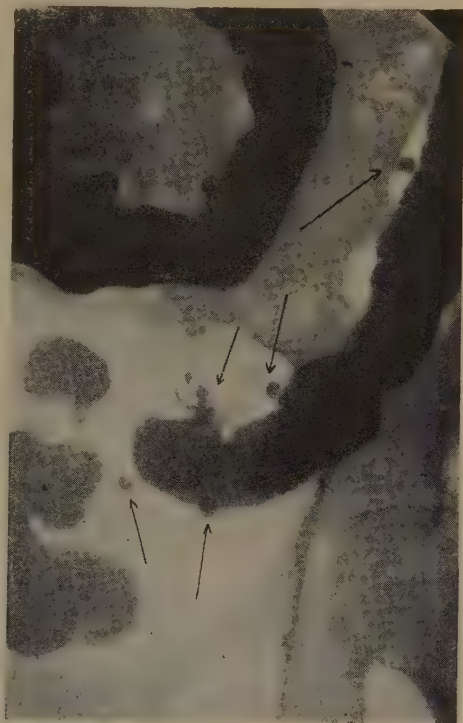


FIG. 26 et 27. — Radiographies de la malade de l'obs. 100. A gauche lavement opaque : image de sténose qui peut faire croire à un cancer. A droite : repas opaque. Nombreuses images de diverticules.

mant un aspect aréolaire. La malade est soumise à l'atropine et un deuxième lavement (le 30 janvier) est identique au premier. Classiquement, les arrêts par image lacunaire et aspect flou et aréolaire sont produits par des cancers ou tout au moins par une obstruction non spasmodique. Dans le cas

particulier, l'obstruction ne paraît pas spasmodique puisque : 1° elle n'a pas cédé à l'atropine ; 2° l'arrêt n'est pas franc. (Fig. 26).

Pratiquement, très souvent dans le cancer, l'arrêt est franc comme dans les spasmes (cancer annulaire par exemple) et lorsque cet arrêt est aréolaire, c'est peut-être davantage à la diverticulite qu'au cancer qu'il faut penser.

Un examen, pratiqué 4 jours après par la bouche, montre qu'il n'y a pas d'obstruction vraie, ni de cancer, mais une diverticulite. (Fig. 27).

Le 28 janvier, malgré l'arrêt net du lavement bismuthé, nous ne pensons pas à une occlusion recto-sigmoïdienne. On applique de la glace sur le ventre. Les gaz reviennent le 2 février. Huile de ricin le 4 février. Selles normales avec un peu de sang.

Pendant les jours de crise, le toucher rectal (alors que le vaginal ne donnait aucun renseignement) révélait vaguement, très haut, une espèce d'empâtement diffus de l'espace pelvi-rectal supérieur.

En outre, au palper, la zone de la fosse iliaque gauche était douloureuse. Tuyau de contracture intestinale.

Le 9 février, se lève.

Forme de volvulus sigmoïde.

De ces formes pseudo-occlusives, nous rapprochons celles qui simulent le volvulus du côlon sigmoïde. En effet, au cours d'une diverticulite à début brusque, s'ajoute à des signes pseudo-occlusifs un certain degré de météorisme asymétrique. Le tableau du volvulus intestinal est parfaitement imité. En voici deux exemples :

Obs. 101 (Inédite). — *Poussée de diverticulite simulant un volvulus du côlon. Diagnostic par la radio. Guérison.* (Docteurs MONDOR et DESNOUES).

Monsieur M..., 76 ans, obèse et emphysémateux, soigné depuis longtemps par le Docteur Desnoues pour des accidents bronchitiques et goutteux. Le 21 janvier 1935, crise douloureuse épigastrique qui semble être une crise d'hyper-



FIG. 28. — Radiographie du malade de l'obs. 101. Lavement opaque. Les flèches marquent trois diverticules.

chlorhydrie identique à des crises déjà observées chez ce malade. Le lendemain matin 22 janvier, la situation s'est aggravée. Nuit mauvaise, douleurs épigastriques très vives, nausées sans vomissements. L'abdomen est météorisé d'une manière asymétrique. Ballonnement prédominant à gauche. Arrêt des matières et des gaz depuis le début des accidents.

La palpation est douloureuse à l'épigastre et dans la fosse iliaque gauche. Le Docteur Mondor est appelé en consultation. Le malade est transporté dans une clinique et radiographié dans la crainte d'un volvulus. La radiographie (fig. 28) montre nettement trois diverticules. En évacuant le lavement baryté, le malade émet des matières et de nombreux gaz ; après une poussée thermique avec ictère léger, le malade quitte la clinique.

Obs. 102 (Inédite). — *Crise douloureuse, pseudo occlusive simulant un volvulus du côlon. Diagnostic par le lavement opaque. Abstention opératoire. Guérison.* (Louis PRAT).

Monsieur G..., 69 ans, a présenté comme antécédents, une bronchite double à 27 ans, troubles d'estomac à type hyperchlorhydrique. Douleurs tardives, faim douloureuse, vomissements. Guérison par un régime et un traitement de trois mois. Jusqu'à ces derniers temps n'a plus que de rares troubles dyspeptiques après des banquets ou des excès de table. Depuis 1929, le malade se soignait pour de l'hypertension (T. A. : max. 20) ; chaque mois, purgatif. Cette purgation mensuelle amène souvent des douleurs dans le bas-ventre.

Le 14 février 1935, en pleine santé apparente, le lendemain d'une purgation à l'eau-de-vie allemande, après deux jours de douleurs sous-costales étiquetées névralgies, le malade a une syncope. Deux heures après, mælena très abondant. Traitement médical. La tension, depuis l'hémorragie, est tombée à 14 maxima. Le 10 avril, le malade est soumis à un examen aux rayons X pour élucider la cause du mælena. Cet examen (Docteur Font) révèle qu'il existe une dilatation du bulbe. Dans la nuit du 12 au 13 (deux jours après la prise de la gélobarine), douleur violente dans le bas-ventre après une miction (ce malade a une ou deux mictions nocturnes). Irradiations vers la verge. La douleur s'atténue dans le décubitus ventral. Ni nausées, ni vomissements. Un spécialiste urinaire est consulté : il déclare que les accidents ne sont nullement liés à des causes urinaires.

Le 13 au matin, le Docteur L. Prat est appelé en consul-

tation par le médecin traitant qui craint une occlusion intestinale. L'examen du malade permet de constater dans le côté gauche de l'abdomen, dans la fosse iliaque et au-dessus du pubis, une défense abdominale nette, avec sensation de vague tuméfaction sous-jacente. Pouls à 80 ; température,



FIG. 29. — Radiographie du malade de l'obs. 102. Lavement opaque. Les petites flèches marquent des diverticules petits et nombreux. La grosse flèche marque un énorme diverticule, très irrégulier, très irrité. Peut-être est-ce même l'image d'une perforation latente intra-mésocôlique.

37°5. Le haut de l'abdomen, et notamment la région duodénale, est absolument souple et indolore. Ballonnement peu accentué. Le diagnostic d'ulcère du duodénum rompu est écarté d'emblée. On pense à un volvulus de l'S iliaque ou

même à une artérite abdominale. Un lavement opaque (fig. 29) révèle des diverticules cœliques. Dès lors le diagnostic est établi. Les jours suivants, la crise s'apaise. La température n'a pas dépassé 37°9, le pouls évolue entre 60 et 65, la défense si nette aux premiers jours s'estompe peu à peu. Les deux derniers jours, selles normales. Lever, le 20 avril. La palpation ne révèle plus de douleur dans le ventre. Guérison maintenue jusqu'à ce jour.

Faux étranglement herniaire par diverticulite.

La diverticulite, comme tous les autres syndromes aigus abdominaux, peut réaliser un faux étranglement herniaire.

En voici un exemple que nous empruntons à CAMERON et RIPPMMANN :

Obs. 103 (Résumée).

Femme de 73 ans. Le 4 août 1910 : douleurs abdominales, constipation, vomissements depuis le 1^{er} août. Hernie crurale, irréductible à droite.

Opération : incision du sac herniaire. Evacuation de pus, drainage. Mort.

Autopsie : péritonite généralisée. En décollant l'S iliaque, ouverture d'une cavité abcédée récente. En ouvrant l'intestin on trouve une arête de poisson de plus de 2 centimètres, dont une des extrémités est libre et dont l'autre se trouve dans un diverticule de 1 cm. 5 de longueur dont la pointe était perforée et recouverte de pus.

Formes pseudo-colitiques.

Elles sont parmi les plus fréquentes. Le malade se présente avec un tableau de cœlite spasmodique ou de cœlite muco-membraneuse. Dans certains cas mêmes c'est le diagnostic de dysenterie qui est posé. Le ma-

lade est soumis aux traitements les plus variés, aux cures hydrominérales les plus diverses, jusqu'au jour où on pense à faire pratiquer un lavement opaque qui révèle les diverticules.

De cette diverticulite pseudo-côlitique nous en rapportons deux exemples :

Obs. 104. — *Côlite avec hémorragies évoluant depuis 22 ans. Radiographie : diverticulite.*

M. B..., 60 ans.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : typhoïde très grave, probablement colibacillose méconnue en 1900.

En 1912, diphtérie contractée à Nice.

En 1915, seconde atteinte de diphtérie, forme hypertoxique, contractée en service à l'Hôpital auxiliaire n° 18.

Depuis 1912, crises d'entéro-côlite fréquentes provoquées par le moindre écart de régime, l'excès de fatigue, les déplacements en auto, etc...

Par trois fois, crises aiguës, examens des Docteurs Schmidt, Grinda, Professeur J.-L. Faure. A chaque examen, diagnostic de côlite sans localisation nette. Obligation de se soumettre à une cure spéciale et de faire usage d'élixir parégorique et de sel de bismuth (dermatol) au cours de déplacement ou préventivement, avant de se rendre à une invitation et par suite de changer ses habitudes.

En 1929 et en 1930, les crises sont plus rapprochées et se déclarent en général à la fin du repas ; elles s'accompagnent de douleurs spasmodiques généralisées à tout l'abdomen et d'un état nauséux, disparaissent après évacuation. Souvent débâcle de selles molles, fragmentées.

En mai 1931, série de crises violentes, surtout nocturnes, avec irradiation lombaire. Elixir parégorique, dermatol chaque jour.

Examen clinique (Docteur Prat) : 5 mai 1931.

Monsieur B... Ventre légèrement ballonné. Palpation sensible généralement plus à droite dans la région appendiculaire.

La fosse iliaque gauche est même plus sensible que la droite. On sent l'intestin iliaque spasmé en tuyau d'arrosage. Toucher rectal imprécis.

Nous pensons à une diverticulite et demandons un examen radiographique : il confirme notre diagnostic.

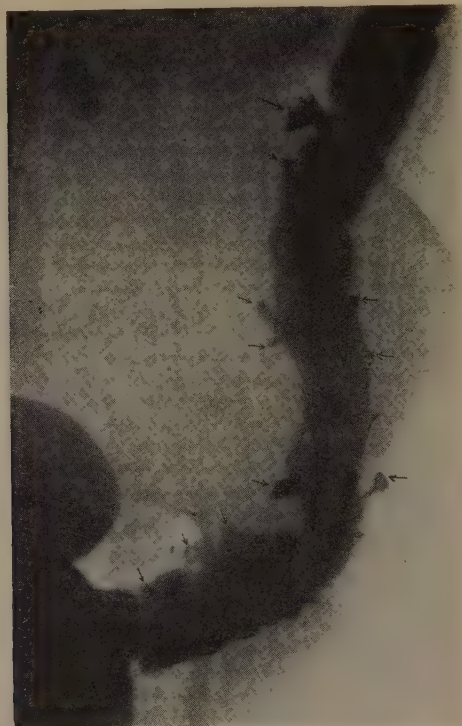


FIG. 30. — Radiographie du malade de l'obs. 104. Nombreuses images diverticulaires. A remarquer à la partie supérieure du cliché, une image en « chou-fleur ».

Côlons : Rapprochement colo-côlique de l'ascendant et du transverse droit, mais pas d'accolement entre ces deux segments du gros intestin qui se laissent facilement dissocier par le palper. Angle très aigu du coude droit du gros intestin. Aspect spasmodique du transverse et du des-

cependant. Contours irréguliers, diverticulaires des côlons descendant et sigmoïde, sensibles à la palpation.

En résumé : sclérose apicale droite et légère pachypleurite droite. Légère augmentation de volume du foie. Typhlocôlite et côleite. Sigmoïdite diverticulaire (fig. 30). Légère sensibilité appendiculaire. Stase appendiculaire dépassant 30 heures. (Docteur Daviot).

Traitement : huile d'olive pure, une cuillerée à soupe aux deux repas et, un jour sur deux, benzoate de benzyle, 20 gouttes. Régime alimentaire : pain complet, biscottes, légumes verts, pommes de terre, viande grillée une ou deux fois par semaine ou poisson maigre et à midi seulement, fruits en abondance. Eau d'Evian.

En juillet, amélioration notable.

En août et en septembre : travail, déplacements en auto bien supportés.

En octobre, durant une nuit, une crise très violente avec état syncopal à la suite d'un déplacement en auto de 200 kilomètres par de mauvaises routes de montagne, et des repas copieux, au cours desquels le régime fut trop négligé.

En novembre, l'amélioration persiste complète, mais subordonnée au régime et permet un travail très actif.

Au commencement de l'été juin 1934, hémorragie de sang rouge pendant 5 à 6 jours (pas d'hémorroïdes).

En août 1934, à nouveau hémorragie discrète (un verre à liqueur) en même temps violentes douleurs aiguës dans le côté gauche du ventre.

Depuis lors, l'état est resté favorable et le malade n'a plus eu de crises.

Il n'a jamais, au cours de sa maladie, présenté le moindre phénomène urinaire.

Obs. 105. — *Diverticulite à forme de côleite spasmodique.*
(Docteur Louis PRAT, *Société nationale de chirurgie*, 22 octobre 1929).

M. N. V..., Américain, 60 ans, arthritique. Opéré d'appendicite il y a 6 ans. Troubles digestifs fréquents. Fermenta-

tion intestinale. Auto-intoxication. Congestions hépatiques. Coli-bacillose (syndrome entéro-rénal).

En octobre 1928, après un voyage de plusieurs mois pendant lesquels il vit dans les hôtels de luxe et fait de l'automobile, douleur dans tout le ventre avec spasmes au niveau du côlon descendant. Températures : 37°4, 37°7. Coli dans les urines (de 350 à 700.000 par champ). Examen coprologique = coli 75 %. Bactéries 10 %, 15 %. Ni sang, ni pus.

Traitement : repos au lit. Huile de paraffine. Petits lavement au Carbonate de Bi Auto-vaccin buccal. Régime : potages aux légumes, purées, fruits cuits.

Amélioration.

7 octobre 1918, radio : côlon descendant très long, spasme, avec trois diverticules visibles dans la partie sus-jacente à la crête iliaque.

15 octobre, nouvelle crise douloureuse. Violents spasmes.

La palpation du ventre, qui reste souple, ne révèle que de la sensibilité de la région moyenne du descendant avec une nuance de résistance musculaire.

Glace, diète lactée.

Fin octobre 1928, amélioration.

Radio en janvier 1929, ne montre plus de spasme cœlique, on y retrouve 2 diverticules vers l'angle gauche du côlon.

Augmentation de la coli-bacillose qui passe de 2.000.000 à 80 millions au commencement du mois de novembre.

Guérison complète fin novembre, qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Formes pseudo-gastriques.

:

Ce sont des formes rares. Elles sont en particulier dues à des diverticulites du côlon transverse accompagnant les diverticules sigmoïdiens. Elles se manifestent par des troubles gastriques, des vomissements et même des symptômes ulcéreux. Le voisinage de la grande courbure, la rétraction, du ligament gastro-

côlique expliquent facilement ce retentissement gastrique quand il y a une localisation diverticulaire sur le côlon transverse.

Obs. 106 (Inédite). — *Douleurs épigastriques en ceinture. Phénomènes de sub-occlusion. Intervention. Diverticulaire des côlons. Polypose intestinale. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison.* (Docteur BERGERET).

Madame B., 75 ans, présente, à partir de février 1933, des douleurs épigastriques sans horaire fixe. Ces douleurs surviennent d'abord toutes les 3 semaines, puis bientôt plusieurs fois par semaine. Elles s'accompagnent de côliques épigastriques en ceinture, de ballonnement et se terminent habituellement par une selle. L'état général est assez inquiétant, la malade fatiguée, asthénisée, a perdu 10 kilogs de son poids.

Dans les antécédents de cette malade, on trouve des troubles intestinaux remontant fort loin. Constipation, paresse intestinale, côliques passagères. Elle se plaignait également de côliques hépatiques depuis environ 5 ans.

Intervention le 21 novembre 1933 : cadre côlique allongé, diverticules gros comme une bille, injectés, très durs, bosselés. Implantés à 1 cm. les uns des autres. Au niveau du bord, mésentérique du côlon transverse sur toute sa longueur ; on en trouve encore de très nombreux, quoique plus espacés, sur le côlon ascendant, sur le cæcum et sur le descendant à la partie haute du sigmoïde seulement. Dans le côlon transverse, en outre, on sent plusieurs polypes, dont l'un est plus gros qu'une noix verte.

On pratique une iléo-sigmoïdostomie termino-latérale, en sectionnant l'iléon à 15 cm. de la valvule de Bauhin, l'aboutement est fait sur le sigmoïde au-dessous du point où se trouve le dernier diverticule.

La malade, revue en mars 1935, est très améliorée. Elle souffre seulement de temps en temps de sa vésicule biliaire. Les radiographies du côlon de cette malade ont été égarées. Par contre, sur une radiographie de l'estomac (fig. 51) pra-

tiquée lors du début des coliques hépatiques, donc 5 ans avant l'intervention, on a la surprise de voir un diverticule colique injecté par le repas opaque pris la veille de l'examen gastrique.

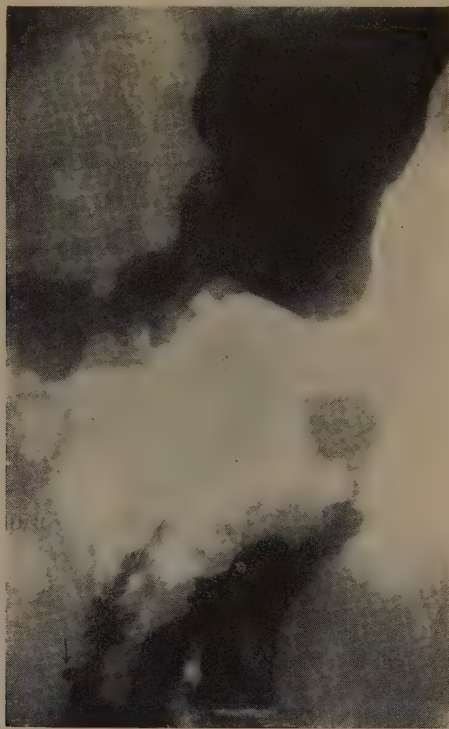


FIG. 31. — Radiographie de la malade de l'obs. 106. Cliché de l'estomac. On devine cependant sur le côlon un diverticule marqué par la flèche.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue ; outre la symptomatologie épigastrique, en ceinture, il faut remarquer la répartition tout à fait inhabituelle des diverticules, respectant presque l'S

iliaque. Remarquer également la coexistence curieuse des polypes intestinaux.

Obs. 107. — *Douleurs épigastriques. Vomissements. Radiologiquement : stase cœcale. Intervention diverticulite du transverse. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison.* (MONTSARRAT).

Une femme, âgée de 42 ans. Depuis 8 ans a eu six attaques de douleurs abdominales : diarrhée et hémorragies. La douleur était hypogastrique. Dans certaines crises, il y avait des vomissements. Radiologiquement, le repas opaque restait dans le cæcum et le côlon ascendant 96 heures.

A l'intervention, une masse inflammatoire était trouvée sur la partie centrale du côlon transverse. On pratique une iléo-sigmoïdostomie. Guérison.

Diverticulite simulant un rétrécissement du rectum.

Dans cette forme, qui doit être rare, existe une grosse diverticulite bloquant le cul-de-sac de Douglas, avec coulées latéro-rectales qui réalisent un véritable rétrécissement. De cette forme nous ne connaissons que l'observation suivante d'une malade du Professeur de Quervain :

Obs. 108 (Inédite). — *Diverticulite grave à évolution lente, simulant un rétrécissement du rectum.* (Professeur DE QUERVAIN).

Monsieur C... souffre, depuis 8 ans, d'une affection de l'S iliaque, interprétée tour à tour comme cancéreuse ou comme tuberculeuse.

A la palpation de la fosse iliaque, on sent une résistance dure correspondant à l'S iliaque. Le lavement baryté ne réussit pas à franchir l'S iliaque. Il doit y avoir un rétrécissement très serré juste au-dessus de l'ampoule rectale. Le baryum administré per os franchit l'obstacle lentement sans s'amonceler dans le sigmoïde. Pas de dessin net de

diverticules au niveau de l'S iliaque, mais des soupçons au niveau du côlon transverse et du côlon descendant. La rectoscopie révèle un obstacle infranchissable pour le rectoscope à 10 cm. de l'anus. Muqueuse ulcérée. Une biopsie montre l'existence de tissu de granulation banale sans trace de néoplasme ou de tuberculose. Cet ensemble de résultats combinés avec les faits d'une anamnèse remontant à 8 ans, suggèrent à l'auteur le diagnostic de diverticulite : il se trouve pleinement confirmé par l'intervention.

Le Douglas se trouve oblitéré par des adhérences inflammatoire, Tout l'S iliaque est parsemé de diverticules remplis en grande partie de matière fécale. L'un des diverticules, en voie de perforation, est trouvé protégé par des appendices épiploïques adhérents. Sur le côlon transverse existent également des diverticules. Vue l'étendue de la diverticulose, la résection paraît illusoire. On se borne à établir un anus contre nature au-dessus du principal foyer d'inflammation, c'est-à-dire celui situé dans le Douglas.

Actuellement les matières sortent sans difficulté par l'orifice supérieur de l'anse extériorisée, tandis que l'orifice inférieur conduit dans le rétrécissement en avant duquel se trouve encore maintenant une poche sécrétant une quantité de pus sanguinolent plus ou moins notable.

L'état général est bon et le malade s'accommode bien de son anus contre nature.

Diverticulites à forme génitale

Appartenant à la femme, c'est une des formes trompeuses les plus fréquentes. A telle enseigne que Schœmaker écrit dès 1914 (*Ann. of Surgery*) :

« Dans toute symptomatologie tubo-ovarienne, une exploration systématique et complète du côlon sigmoïde est aussi importante que l'examen utéro-vaginal. »

Cette affirmation est vraisemblablement excessive,

mais elle montre bien la préoccupation qu'inspire une réaction génito-sigmoïdienne. Les tableaux cliniques que peut réaliser la diverticulite à forme génitale sont des plus variés : les troubles fonctionnels, la fièvre, les névralgies, pelviennes ou obturatrices, les métrorragies, la dysménorrhée se trouvent associées de manière très variable. Ainsi se réalisent des formes simulant une annexite, gauche le plus souvent, une cellulite pelvienne, un abcès de Douglas, une rétroversion, une tumeur pelvienne. Toutes ces lésions siègent surtout à gauche. Très exceptionnellement on aura le tableau d'une annexite droite lorsque ce sont les diverticules du cæco ascendant qui sont la source de l'inflammation (Obs. 115).

Obs. 109 (inédite). — *Diverticulite à forme de cellulite pelvienne*. (Docteur Louis PRAT).

Femme ménopausée, Française.

Une sœur morte de néo de l'intestin iliaque.

En 1928, premiers troubles : douleurs dans la sphère génitale qui motivent l'examen d'un chirurgien qui assure l'intégrité des organes génitaux.

Juin 1931, constipation, douleurs vagues abdominales qui motivent la consultation du médecin habituel. Ce dernier a l'impression de lésions génitales.

Consultation du Docteur Prat : on sent derrière l'utérus un certain degré d'empâtement, perceptible par le toucher rectal. Un lavement bismuthé est conseillé.

Examen radiologique : « Le lavement passe facilement et « sans arrêt anormal à travers tout le gros intestin. Arrivé « au niveau du cæcum, il franchit la valvule iléo-cæcale « et dessine quelques anses du grêle.

« *Nombreux diverticules au niveau de l'S iliaque et au « niveau du cæcum* (fig. 32).

« Le gros intestin paraît assez mobile et non douloureux à la pression, même au niveau de l'S iliaque. Pas de rétrécissement, pas d'image lacunaire.

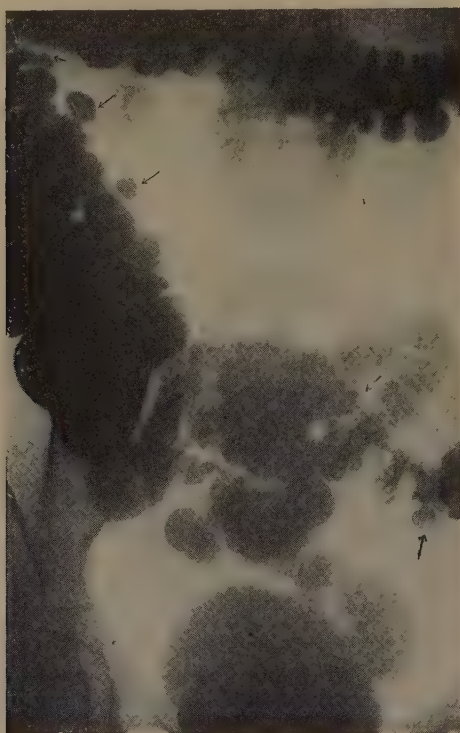


FIG. 32. — Radiographie de la malade de l'obs. 109. Lavement opaque. Cinq diverticules marqués par des flèches. A la partie supérieure du cliché, image en « accordéon ».

« Segmentation haustrale régulière et assez bonne sur tout l'intestin, sauf au niveau de l'S iliaque où elle est tout à fait anormale. » (Signé Paschetta).

1933 : Apparition de douleurs rhumatismales alors que tous les troubles abdominaux sont rentrés dans l'ordre. Douleur dans la cuisse gauche à type de sciatique.

Obs. 110 (Inédite). — *Diverticulite à formes de cellulite pelvienne.* (L. PRAT).

Miss C..., Anglaise, 63 ans. Mère morte à 78 ans, d'asthme. Père mort à 59 ans, de pneumonie. Ni l'un ni l'autre ne souffrait du ventre.

Treize frères et sœurs, dont deux seuls sont encore vivants. Aucun n'est mort d'affection abdominale.

Fièvre typhoïde dans l'enfance. Il y a 20 ans, hystérectomie subtotale pour des hémorragies. Souffre du ventre depuis le mois de juillet 1934. Constipation légère que la consommation de pruneaux suffit à vaincre. Douleurs presque continues. Radio en août 1934, à Londres (fig. 33, 34, 35). Diverticules. Traitement auto-vaccins (à départ des selles). Amélioration au début, puis insuccès.

Jamais d'hémorragies, jamais de diarrhée ; ni nausées, ni vomissements. Depuis 2 ou 3 semaines, poussées de fièvre plus fréquentes (entre 38° et 39°) concomitantes des crises abdominales. Quelquefois simple gêne, d'autres fois douleurs aiguës pendant les mictions. De même pendant les selles douleurs vives, surtout au moment des « attaques douloureuses abdominales ». La toux réveille les douleurs au bas du ventre.

Examen le 10 avril : la fosse iliaque gauche, vers la partie inférieure surtout, est douloureuse. Paroi en légère défense. La profondeur est douloureuse. Douleur sus-pubienne à droite, le cæcum est dilaté et la région appendiculaire est nettement douloureuse.

Le haut abdomen est souple, non douloureux. Au toucher : col petit, mobile ; derrière lui, Douglas très douloureux et empâté, mais pas bombant. De même au toucher rectal, douleur vive en avant de la paroi antérieure et empâtement très net et diffus.

Entrée à l'Hôpital Anglais, le 12 avril. Glace ; chute de la température. Les douleurs s'atténuent.

La crise diverticulaire diminue d'intensité peu à peu, le cul-de-sac de Douglas devient de moins en moins douloureux et s'assouplit. Du côté appendiculaire, la crise se calme



FIG. 33. — Lavement opaque de la malade de l'obs. 110. Cliché pendant la réplétion : pas d'images de diverticules.



FIG. 34. — Même malade. Cliché après évacuation. Plusieurs diverticules sont visibles.

également par degrés. La température et le pouls reviennent à la normale.

Quand la malade est bien « refroidie », l'opération envisagée au moment de la crise est décidée. Mais la malade met

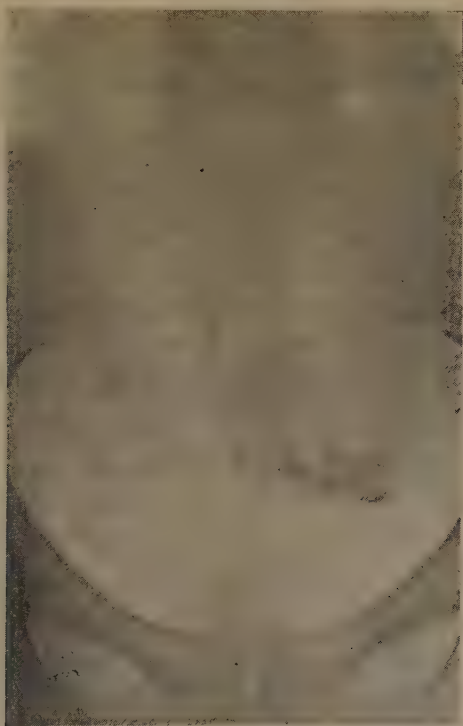


FIG. 35. — Même malade. Cliché 24 heures après évacuation. Les diverticules sont très nettement visibles.

pour condition absolue que rien ne sera fait du côté des diverticules, en dépit des conseils de laisser-faire dans son ventre « tout le nécessaire ».

Le 18 mai 1935, éther : laparotomie médiane par l'ancienne cicatrice. Ablation facile de l'appendice qui est libre, épaissi, un peu rigide. L'épiploon est largement adhérent à la paroi abdominale, épaissi, friable. Résection large. Quel-

ques adhérences discrètes des anses intestinales; libération; exploration du bas-ventre : pas d'adhérences ; seulement tout au fond du bassin, au niveau de l'ancienne opération d'hystérectomie subtotale, le Douglas est bouché et le péritoine vésical adhère au péritoine de l'anse oméga. Il eut été, pensons-nous indiqué de libérer l'intestin oméga et de traiter les diverticules, probablement peu nombreux. Mais la volonté de la malade arrêta la main du chirurgien.

Suites opératoires normales.

Le 26 mai, ablation des fils. Le toucher vaginal montre que le Douglas, très assoupli, n'est plus douloureux. Guérison.

Obs. 111 (Inédite). — *Diverticulite à forme salpingienne.*

(Louis PRAT).

Madame P..., 50 ans. Enfants à 22, 24, 28 ans.

A 33 ans, appendicectomie et résection partielle des ovaires polykystiques.

A 47 ans, cholécystectomie.

Le 30 avril 1933, à 19 heures, douleurs brusques dans la fosse iliaque gauche. Température, 39°5. La palpation de la région est extrêmement douloureuse ; légère défense musculaire. Au toucher vaginal on sent une grosse masse diffuse très sensible du volume d'une orange, occupant le cul-de-sac de Douglas et empiétant largement sur le cul-de-sac latéral gauche.

Transport à la clinique. Glace sur le ventre. Le 31 avril, même état, même température. Les jours suivants, la fièvre diminue progressivement et la tumeur se réduit pour disparaître en 5 ou 6 jours. Le diagnostic porté fut hésitant : poussée salpingienne (à cause de la température) ; hémorragie dans une lésion annexielle gauche préexistante (à cause de la brusquerie d'apparition de la tumeur et de la rapidité de sa résorption).

Insatisfait de ces diagnostics, nous avons fait pratiquer une radio de l'intestin (Docteur Paschetta) :

« Le lavement passe facilement et sans arrêt anormal à travers le gros intestin. L'anse sigmoïde présente une

« image déformée, irrégulière, plus ou moins rétrécie. On voit sur ses bords quelques images diverticulaires. Une image diverticulaire se trouve au niveau du côlon pelvien vers son bord interne, image visible surtout dans le décubitus abdominal. Le reste du gros intestin reste normal. »

« Au niveau du côlon sigmoïde, on observe un aspect aréolaire de la lumière intestinale et des images en flamme des bords intestinaux. »

Cette radio nous a révélé que la poussée pelvienne avait été produite par une diverticulite avec propagation de péridiverticulite.

Depuis cette crise, la malade est restée complètement guérie. Elle s'est contentée d'une hygiène intestinale attentive (laxatifs doux, paraffine, belladone).

Obs. 112. — *Crises douloureuses pelviennes. Masse fixée latéro-interne. Diagnostic pré-opératoire : salpingite. Intervention : diverticulite.* (Professeur LECÈNE).

Madame B..., âgée de 46 ans, vient consulter parce qu'elle souffre dans le bas-ventre depuis plusieurs années ; ces temps derniers les douleurs ont augmenté d'intensité. La malade est encore bien réglée, elle a eu une fille à terme il y a vingt ans, puis 4 années après elle a fait une fausse couche. L'an dernier elle a présenté une crise abdominale douloureuse avec fièvre pendant plusieurs jours, vomissements et gêne dans le fonctionnement de l'intestin ; on fit alors le diagnostic d'annexite gauche ; on aurait trouvé, au toucher vaginal, une grosse masse à gauche de l'utérus. Il y a deux mois, nouvelle crise douloureuse dans le bas-ventre à gauche surtout : vomissements, fièvre à 38°5, les douleurs et la fièvre persistent pendant quelques jours ; on fait à nouveau le diagnostic d'annexite gauche avec, peut-être, un fibrome ; il n'y a pas eu pourtant de métrorragies.

Actuellement (5 octobre 1924) les douleurs sont assez vives et irradiées dans la cuisse gauche, surtout dans le territoire de l'obturateur ; la malade, qui est fort grasse et difficile à examiner, présente, en effet, un corps utérin certainement

un peu gros, un col normal et, à gauche, une masse annexielle du volume d'un gros œuf fixé et douloureuse. La malade est habituellement constipée; depuis ses crises douloureuses pelviennes, la constipation a augmenté ; au toucher rectal, on ne perçoit rien d'anormal.

Opération le 7 octobre 1924 : anesthésie générale au chloroforme. Incision médiane hypogastrique. L'utérus est un peu gros, les annexes droites sont normales ; à gauche, existe une masse annexielle très adhérente au côlon pelvien ; on libère les annexes, on s'aperçoit alors que la trompe est un peu malade et que l'ovaire, entouré d'adhérences, présente seulement plusieurs petits kystes ; mais ces deux organes sont fusionnés avec une masse du volume d'une noix qui adhère au côlon pelvien. En disséquant cette masse, on s'aperçoit qu'elle est formée par un diverticule du bord convexe du côlon pelvien, rempli par un gros fécalome qui en moule complètement la cavité. On résèque ce diverticule au ras de l'intestin et l'on enfouit par deux plans de sutures la zone d'insertion intestinale du diverticule.

Ablation des annexes gauches : on ne voit pas d'autre diverticule net sur le côlon pelvien, mais le méso est gros et l'intestin couvert de grosses franges graisseuses. Appendicectomie, fermeture de la paroi en deux plans, avec un petit drainage par une mèche entourée de cellophane. Au bout de 48 heures, enlève le drainage.

Guérison simple. La malade est revue le 9 janvier 1925, en très bonne santé. Elle ne souffre plus de la cuisse gauche; au toucher vaginal, on ne sent plus rien d'anormal à gauche de l'utérus ; la constipation persiste ; peut-être a-t-elle un peu diminué cependant.

L'examen de la pièce confirme le peu d'altération des annexes gauches ; il n'y a pas d'endo-salpingite mais la trompe est couverte d'adhérences. Il semble que ce soit le diverticule qui a été la cause de l'annexite (absolument comme dans les cas d'appendicite première compliquée d'annexite droite, chez des enfants ou des jeunes filles vierges).

Le diverticule examiné histologiquement montre la structure habituelle des diverticules du côlon pelvien : sa cavité

est tapissée par une muqueuse cœlique, assez enflammée et infiltrée de leucocytes en nodules ; il existe même une petite perte de substance de la muqueuse au niveau d'un point où le fécalome la comprimait ; la paroi externe est formée de tissu conjonctif assez dense et enflammé ; il n'existe que de rares fibres musculaires lisses dans cette paroi.

Obs. 113. — *Crises douloureuses pelviennes. Diagnostic pré-opératoires. Salpingite gauche. Intervention : diverticulite.* (GAUDIER et SWYNGHEDAUW, *Gazette des Praticiens*, février 1934).

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui entre à l'hôpital de la Charité pour des douleurs dans le flanc gauche, survenues pour la première fois 15 jours avant son entrée, vers le 2 novembre ; cette crise a duré près de 4 jours, avec des alternatives de rémissions et d'exacerbations, localisée profondément dans le flanc gauche et s'accompagnant de défense de la paroi à ce niveau ; la malade eut des nausées, mais pas de vomissements ; elle, qui n'avait jamais été constipée, le fut pendant ces 4 jours, rendant seulement des gaz dont l'émission soulageait ses douleurs. Etant soignée chez elle, la température ne fut pas prise ; les urines étaient rares et colorées.

Dès que la crise est calmée, elle entre à l'hôpital, ne souffrant plus que d'une sensation de contusion profonde ; mais elle peut marcher et s'alimente normalement. Elle a ses règles le lendemain de son entrée, normales, sans douleurs ; elle n'a d'ailleurs *pas de passé génital*, ses grossesses ont été normales, sans suites de couches pathologiques ; c'est une grosse femme qui n'a jamais présenté de maladie importante.

L'examen révèle une masse mollassse paraissant adhérer à l'utérus dans le Douglas et empiétant sur le cul-de-sac latéral gauche ; elle est peu douloureuse. Pas de vaginite, pas de métrite, la palpation externe est très peu sensible. L'examen des urines ne décèle ni pus, ni sang. Les autres viscères sont normaux. Diagnostic hypothétique d'une lésion de la trompe gauche.

Intervention le 26 novembre. Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane ; la paroi graisseuse offre 8 à 9 centimètres d'épaisseur. L'utérus et les annexes sont reconnus normaux, sans traces d'inflammation antérieure. La main introduite dans le Douglas y sent une masse volumineuse, fixée par des adhérences qui sont sectionnées. La tumeur extériorisée, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une partie de l'anse sigmoïde, prolabée, noyée dans la graisse ; au point où s'inséraient les adhérences, il existe une masse du volume d'une noix dans la paroi intestinale, dure, bosselée, faisant saillie ; à l'endroit où cette masse est superficielle il y a une cicatrice étoilée. La recherche de ganglions est négative. Le reste de l'intestin en bas et en haut est normal ; rien du côté de l'appendice. La pièce en mains, nous hésitons : tuberculose ou cancer ? Devant l'absence de passé recto-sigmoïdal, nous opinons plutôt pour le néoplasme. Sigmoïdectomie rendue difficile par la graisse qui entoure l'intestin et qui exige un dégraissage préalable. Réunion bout à bout, drainage, fermeture en deux plans. Guérison sans incidents.

L'examen de la pièce nous réserve une surprise : le calibre de l'intestin est normal, pas d'ulcérations de la muqueuse ni de traces de lésions antérieures : à la section de la paroi, en pleine tumeur, on découvre, noyé dans du tissu dur, à l'aspect cicatriciel, un diverticule, du volume d'une bille, affleurant la séreuse épaissie, adhérente, et contenant dans son intérieur un calcul noir mobile. Ce diverticule communique par un canal étroit avec l'intestin et il est aisé d'en trouver l'orifice au fond d'un pli.

Le diverticule est entouré d'une masse dure, de consistance cartilagineuse, du volume d'une noix, et au sommet de laquelle se fixaient les adhérences avec le Douglas.

Nous avons pris, nous l'avons déjà dit, cette masse pour du cancer : à l'examen microscopique, il ne s'agissait que de tissu fibreux, de lésions inflammatoires, de péridiverticulite.

Obs. 114. — *Diverticulite pseudo-annexielle* (Docteurs LA-
POINTE et CAIN).

Mme X..., 54 ans, entre dans le service du Docteur Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine pour prolapsus génital incomplet. Depuis 5 ans environ, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, d'alternatives de diarrhée et de constipation, mais sans jamais avoir eu d'occlusion véritable.

Malade obèse. Au toucher l'on constate l'existence, à gauche et au-dessus de l'utérus, d'une masse dure, bosselée, adhérente, donnant l'impression d'une lésion des annexes gauches.

21 octobre 1922. — La laparotomie médiane fait découvrir une tumeur d'apparence cancéreuse siégeant sur le segment inférieur de l'anse sigmoïde, qui est intimement soudée à la paroi gauche du petit bassin et à la face postérieure du ligament large gauche. Résection de l'angle sigmoïde, anus iliaque gauche.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit, non pas d'un cancer, mais d'une énorme hypertrophie lipomateuse, qui s'étend aux appendices épiploïques et au méso et qui entoure presque toute la circonférence de l'intestin d'une gangue dure et bosselée.

Au niveau de la zone adhérente au péritoine pelvien et au centre d'une bosselure ecchymotique, on voit un orifice qui conduit jusque dans la lumière de l'intestin par un trajet canaliculaire qui n'est autre qu'un diverticule perforé. Grâce à des adhérences protectrices, l'infection s'est limitée. La muqueuse ne présente aucune lésion apparente, ni ulcération, ni végétation ; sur la tranche, la sous-muqueuse et la musculaire paraissent également indemnes, du moins à l'œil nu. On note cependant, à la surface de la muqueuse, l'abondance anormale des replis qui limitent de véritables recessus, et la présence de quatre diverticules non perforés, qui s'enfoncent dans l'épaisseur des appendices graisseux. L'intestin, comme enserré dans cette lipomatose réactionnelle, n'est que légèrement rétréci à la partie inférieure du segment malade.

En somme, il y a péricolite plutôt que sigmoïdite diverticulaire.

Obs. 115. — *Diverticulite du cæco-côlon simulant une annexite droite* (SOLIER, Société chirurgicale de Marseille, 1927, n° 1, 27 juin).

Femme de 50 ans, souffre depuis un an de troubles assez vagues ayant cependant attiré l'attention sur la zone cæcale et de qui l'histoire pathologique peut être résumée ainsi : aucun antécédent dans l'enfance. Une sœur bacillaire à 20 ans, pleurésie séro-fibreuse gauche sans atteinte parenchymateuse. En 1919 cure d'appendicite, appendice portant des lésions banales d'inflammation. Suites normales.

Peu de temps après elle se marie et depuis aucune grossesse ne survient. A aucun moment cette jeune femme n'a présenté de troubles menstruels ; ni de pertes par les voies génitales, en particulier aucune leucorrhée plus ou moins purulente ne s'est jamais manifestée.

Il y a trois ou quatre ans, elle commence à éprouver dans la fosse iliaque droite une sensation pénible de pesanteur et de tiraillement. Un premier examen gynécologique motivé par la persistance de ces troubles et par sa stérilité aurait abouti à la constatation d'un degré assez marqué d'antéflexion de l'utérus et d'une augmentation de son volume. Les troubles rentrèrent dans l'ordre sous l'influence du traitement institué, mais reparurent dans la suite à intervalles irréguliers et éloignés. Cependant l'état général restait excellent malgré une tendance nette à la constipation coupée de débâcles diarrhéiques peu intenses.

L'année dernière, sans cause apparente déterminée, les troubles s'aggravent, affectant la santé générale de la malade, inappétence, insomnie, diminution de forces, vertiges, tendances lypothymiques, surtout amaigrissement assez rapide (perte d'une dizaine de kilogs en trois ou quatre mois) et mouvements subfébriles vespéraux ($37^{\circ}8-38^{\circ}$). En raison des antécédents on pense au réveil d'une affection bacillaire ; les examens pulmonaires répétés restent négatifs.

Sur ces entrefaits apparurent épisodiquement quelques

pertes sanguines assez abondantes en même temps que les symptômes abdominaux s'étaient accrus.

A l'examen : toute la fosse iliaque droite était douloureuse avec un point plus exquis profond au niveau de la cicatrice opératoire, laquelle restait souple. Défense légère de la paroi sans empâtement proprement dit. Au toucher vaginal : utérus normalement développé, libre, mobile, en légère antéposition, cul-de-sac droit vaguement douloureux, moins souple et un peu comblé sans qu'il soit possible de délimiter une masse précise.

Le Professeur Guérin-Valmale consulté fut d'avis que l'ovaire droit était peu intéressé et que d'après le siège de la douleur en dehors et en dessous, il s'agissait plutôt d'un trouble à point de départ cæcal avec retentissement de voisinage sur la zone annexielle peut-être séquelles de l'ancienne appendicectomie.

Le repas opaque n'a apporté que peu de renseignements.

Sous lavement opaque :

1° Le cæcum était gros, bas situé, peu mobile.

2° La douleur siégeait nettement sur son pourtour avec un point plus sensible sur le cæco ascendant.

La radiographie montre nettement une image diverticulaire caractéristique en communication avec la lumière intestinale sur son côté interne. La malade n'habitait pas la ville repart et est perdue de vue.

Obs. 116. — (HUSTON, *Arch. of Surgery*, 6 juin 1933, page 1111).

Mme N..., 52 ans, femme de ménage, obèse, consulte le 1^{er} juillet 1930. Bonne santé antérieure, sauf constipation chronique. Depuis quatre semaines douleur continue hypogastrique se localisant bientôt à droite. Métrorragies continues, amaigrissement de 14 kilogs. Température 37°7. Pouls 92. A l'examen : tumeur pelvienne jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, douloureuse à la pression. Sang : deux millions de globules rouges. Insuline, transfusion préopératoire. Intervention le 8 juillet 1930 avec le diagnostic de fibrome.

Intervention : fibrome utérin, abcès de la taille d'une orange à la face postérieure de l'utérus s'étendant jusqu'au ligament large gauche, englobant le côlon pelvien. Le côlon montrait des diverticules multiples ; un de ceux-ci était la cause de l'abcès.

Hystérectomie sub-totale. Extériorisation du sigmoïde. Trois jours après ouverture des diverticules d'où s'écoulaient pus et matières.

Quand le processus inflammatoire est terminé, le sigmoïde est détaché de la paroi et placé sous le muscle grand droit en dehors du péritoine.

Guérison.

Obs. 117. — *Troubles génito-urinaires. Rétroversion. Diverticulite. Intervention, guérison (HUSTON).*

Mme M. S..., ménagère de 48 ans, entre à la clinique en janvier 1931. Elle se plaignait de douleurs abdominales, de troubles urinaires. La veille de l'examen, douleurs très vives dans le bas ventre avec dysurie, ténésme. A l'examen : rétroversion. C'est le diagnostic pré-opératoire.

Intervention le 21 février 1930 : rétroversion utérine, tumeur sur la face antérieure de l'intestin, à la jonction recto-sigmoïdienne. Fixation ventrale de l'utérus, ligature des trompes, résection de la tumeur (probablement pédiculée ?).

La masse contenait quatre diverticules de la taille d'une cerise ; chacun contenait un calcul stercoral. Petite fistule stercorale le 26 février qui se ferme progressivement. Guérison complète.

Obs. 118. — *Diverticulite simulant une tumeur pelvienne. Extériorisation. Guérison (HUSTON).*

Madame D. K..., femme de ménage de 54 ans ; constipée chronique depuis plusieurs années. Trois semaines avant l'admission, douleurs très vives dans l'hypocondre gauche qui cède à un lavement. Depuis cet incident, douleur persistante, mais moins vive. Tout d'un coup, la douleur se généralise avec des vomissements.

A l'examen : masse douloureuse de la taille d'un citron

palpée dans l'hypocondre gauche, pas de contracture ; toucher vaginal : masse douloureuse dans la région du ligament large gauche. Température 37°6, pouls 95. Diagnostic pré-opératoire : tumeur pelvienne. Intervention le 4 novembre 1928. On découvre une tumeur fluctuante de la taille d'une orange située à la hauteur de la charnière recto sigmoïdienne.

Sept centimètres au-dessus, petite masse de cinq centimètres de diamètre. Extériorisation. L'examen histologique démontre : diverticulite sans néoplasme. Compresses d'eau borriquée. Au 4^e jour, l'intestin est placé sous le muscle grand droit en dehors du péritoine. Fermeture. Guérison.

Forme urinaire

Cette forme est constituée par l'exagération d'un des symptômes les plus fréquents de la diverticulite. Nous ne comprendrons pas dans cette étude les fistules vésico-côliques qui ont fait l'objet d'un chapitre antérieur.

L'intensité des douleurs abdomino-lombaires gauches, l'existence de signes de cystalgie, les souffrances exaspérées par la mobilisation des malades réalisent de véritables aspects de lithiase à gauche. Dans certains cas même, le diagnostic radiologique est difficile et devant une image de tache située sur le trajet des voies urinaires on hésite à l'interpréter comme un calcul ou comme un diverticule.

Tel était le cas de notre malade de l'observation suivante :

Obs. 119 (inédite). — *Diverticulite à poussées successives. Troubles urinaires. Diagnostic hésitant, malgré la radiographie, entre diverticulite et lithiase urinaire.* (P. P. PRAT).

Monsieur Bot..., 53 ans. Le 27 décembre 1934, à 9 heures du soir, le malade ressent une douleur subite dans l'hypochondre gauche.

Douleur très localisée sans aucune irradiation ; douleur très vive pongitive. Le malade, courbé en deux, se tordant dans son lit, couvert de sueurs, souffre pendant 4 heures.

Seule une piqûre de morphine va le soulager.

La température était normale. Le pouls battait régulier à 80. Dans la même nuit, vers 4 heures, nouvelle crise douloureuse, nécessitant une deuxième piqûre de morphine.

Le lendemain, troisième crise avec une troisième piqûre de morphine. Pendant ces trois crises douloureuses, constipation absolue : ni matières, ni gaz.

A l'examen, on notait :

Fosse iliaque douloureuse. Parois tendues. Intestin spasmodique (tuyau d'arrosage) et sensible. L'espace pelvi rectal supérieur est tendu, mais c'est là une sensation très vague.

Depuis cette époque, le malade va en s'améliorant, Sauf cependant une attaque de goutte et une nouvelle crise douloureuse, le 1^{er} janvier, à la suite d'une reprise trop précoce de l'alimentation.

A vrai dire, le malade se plaint depuis une quinzaine d'années de son abdomen : Douleurs vagues diffuses, cependant plus marquées depuis quelques mois du côté gauche de l'abdomen. Depuis 15 ans également, le malade présentait une diarrhée rebelle : 7, 10 et 15 selles par jour, selles contenant des matières liquides, des fausses membranes, souvent du sang. Le malade ne se rappelle pas avoir eu depuis 15 ans des selles moulées. Souvent la défécation déclenchait des crises douloureuses le plus souvent localisées du côté gauche. Tous symptômes que le malade attribuait à son foie et à d'hypothétiques hémorroïdes. Cependant le malade s'est quelquefois plaint du côté de son abdomen. Une fois même, on avait pensé à une crise d'appendicite.

Enfin, depuis quelques mois, le malade présentait des phénomènes vésicaux :

Miction impérieuse, souvent douloureuse le soir au coucher. Urines souvent rougeâtres, peut-être troubles.

Par ailleurs, appétit irrégulier. Le malade semble avoir souffert de l'estomac autrefois. Par contre, l'état général est excellent, le malade n'a pas maigri. Ce malade, Niçois d'origine, est goutteux depuis 1914, il ne présente aucun antécédent spécial, si ce n'est une scarlatine en 1914. Un fils est mort de bacillose rénale.

En résumé, cette homme présente une infection intestinale de longue date. Ayant toujours souffert de l'intestin, ce ne sont que des accidents subits qui l'ont amené à consulter. Les accidents aigus s'étant calmés sous l'influence de la glace, des radiographies ont pu être pratiquées qui ont montré des diverticules sur le gros intestin. (Dr Daviot).

Examen radiologique du gros intestin par lavement opaque. — L'examen du gros intestin vu par lavement opaque montre au niveau de l'anse sigmoïde, sensible, un spasme intermittent qui chasse la dilution opaque dans les segments suivants sous-jacents. Cette portion du gros intestin a des contours légèrement effacés et présente quelques petits diverticules. Les segments suivants du gros intestin sont normaux.

L'intestin grêle dans la région voisine du côlon sigmoïde a un calibre très augmenté sur quelques anses jujénales éclairées par la présence de gaz. Ces anses grêles donnent une image « en damier » qui traduit une légère gêne par compression extrinsèque ou par lésion intrinsèque sténosante.

Une quinzaine de jours après la sortie de la clinique, le malade a eu une crise de colique néphrétique qui s'accompagne par le pissement d'une cuillerée de sang. Trois mois plus tard, nouvelle crise avec élimination de sable.

Une radio (Paschetta) montre la présence d'un petit calcul vésical.

Après des alternatives d'évacuation de petits graviers ou plutôt de sable, mais sans l'évacuation constatée du caillou vésical, une nouvelle radio montre que le caillou vésical a disparu. Le malade s'observait toujours avec précision.

Une deuxième radiographie, prise sans préparation spéciale trois jours après le lavement opaque, montre au niveau de l'anse sigmoïde la présence de cinq nouveaux petits diverticules remplis de baryte, tandis que les diverticules

trouvés sur la première radiographie après lavement opaque ne sont pas visibles sur l'épreuve d'aujourd'hui.

Le cæco appendice présente une stase barytée qui dépasse 72 heures. L'appendice est augmenté de volume et en « crochet ». (D^r Daviot).

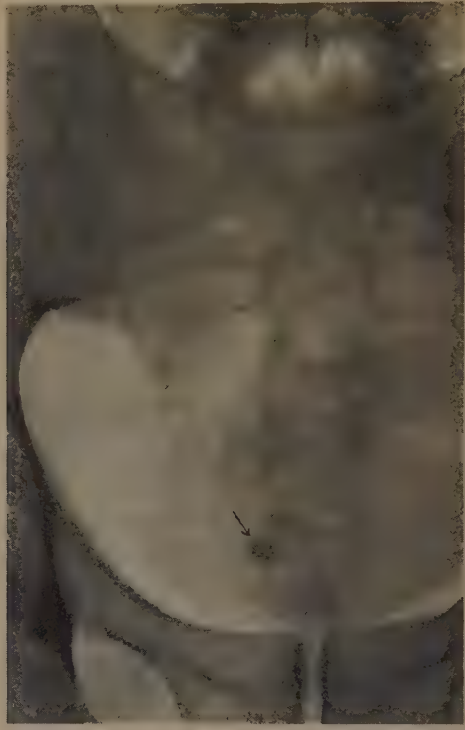


FIG. 36 et 37. — Radiographies du malade de l'obs. 119. Sur le cliché de gauche, épreuve pratiquée après évacuation d'un lavement opaque. Nombreuses images diverticulaires. Sur le cliché de droite, radio de l'arbre urinaire, ombre arrondie qui a fait hésiter entre les deux diagnostics : diverticule ? calcul de vessie ?

Saison à Capvern, grande amélioration. Elimination abondante de sables. L'année suivante, saison à Vittel sans résultat appréciable.

Actuellement amélioration générale. Crises de plus en plus rares. Accès de goutte disparus.

Au point de vue intestinal, fonctionnement normal.

Réflexion. — La crise pour laquelle nous avons été appelé a-t-elle été une crise abdominale due à des diverticules ou a-t-elle été une crise de colique néphrétique gauche ? (ou successivement le malade a-t-il été un abdominal et un urinaire ?) Nous pencherions pour la deuxième hypothèse. Crise de lithiasé chez un diverticulaire. En effet, nous relevons que, une quinzaine de jours avant sa crise, le malade accusait des troubles urinaires notés sur l'observation (mictions fréquentes impérieuses, mais rougeâtres), il n'en avait pas moins eu des troubles intestinaux graves.

Radiologiquement même le diagnostic peut être difficile. En effet, sur la radio lavement bismuthé (Daviot), on n'aperçoit pas de diverticules nets. Ce n'est que sur la radio après évacuation du bismuth que l'on voit nettement des taches sombres (fig. 36) interprétées comme images diverticulaires. Or, sur la radio de l'arbre urinaire (fig. 37) (Paschetta) on trouve une tache considérée comme calcul vésical. On peut convenir qu'entre les images diverticulaires et les images calculeuses, les erreurs d'interprétation sont possibles ou que l'image du calcul vésical (spontanément disparu sans que le malade se soit aperçu de son évacuation) soit une image d'un diverticule plein de matière fécale.

Obs. 120. — *Diverticulite simulant un calcul de l'uretère gauche. Laparotomie. Anus cæcal. Fermeture de l'anus. Guérison.* (Docteur R. BENS AUDE, *Maladies de l'intestin*, tome II).

Monsieur C..., 45 ans, atteint d'une syphilis ancienne traitée pendant 7 ans, épreuve de temps en temps ; depuis 1906, des douleurs abdominales qui sont augmentées par le froid et calmées au contraire par les applications chaudes.

En décembre 1919, il est pris de douleurs violentes, qui siègent dans la fosse iliaque gauche, irradient vers la crête iliaque et s'accompagnent de ballonnement de l'abdomen. La température s'élève à 38°. Le malade est vu successivement

par les P^{rs} Vidal, Hartmann et Gosset. Le diagnostic reste hésitant entre colique néphrétique et début de péritonite tuberculeuse. Puis des douleurs très vives apparaissent au niveau du testicule gauche. Le toucher rectal révèle une douleur aiguë dans la région urétérale. Ces symptômes font alors porter le diagnostic de calcul de l'uretère. Mais la température monte jusqu'à 38°9 et, dix jours après, on constate dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction que l'on retrouve par le toucher rectal en avant du rectum. La rectoscopie montre une congestion de la muqueuse rectale. Le malade entre dans un maison de santé. Les douleurs diminuent et s'espaçant. A partir de ce moment, les selles, jusque-là régulières, se font beaucoup plus rares. Trois semaines plus tard, à la suite d'une purgation, le malade rend à trois reprises, par l'anus, environ une cuillerée à café d'un pus vert et épais. La température reste normale.

Laparotomie par le Professeur Gosset ; sigmoïdite diverticulaire, adhérente au bassin, avec rétraction du méso. Anus cæcal. Guérison. Un an après, fermeture de la cæcostomie.

Dans des conditions un peu différentes la diverticulite pourrait simuler une tuberculose rénale, un calcul de vessie, une cystite. Rankin et Judd rapportent un cas d'emphysème du scrotum qu'ils attribuent à une diverticulite. Dans cette éventualité la diverticulite simulerait l'infiltration d'urine.

Obs. 121. — *Emphysème du scrotum secondaire à une diverticulite du côlon avec perforation.* (RANKIN, *Surg. Gyn. Obst.*, 1922, 310-312).

Homme de 46 ans. Depuis trois ans, douleurs dans la fosse iliaque gauche. Attaques intermittentes avec douleurs ; parfois vomissements et nausées, irradiations habituelles au scrotum et au pénis.

Ces douleurs cèdent rapidement à l'évacuation du bol fécal. Six semaines avant l'admission, signes urinaires, cystite, pollakiurie, augmentés par la fatigue, les courses en automobile.

Radiologiquement : obstruction sur l'anse sigmoïde.

Diagnostic préopératoire : diverticulite adhérente à la vessie, peut-être cancer.

Opération. Tumeur inflammatoire du sigmoïde adhérente à la partie gauche de la vessie. L'iléon est également adhérent à la masse. Au-dessus de la tumeur, nombreux diverticules du sigmoïde.

Extériorisation d'une portion du côlon descendant, en vue d'un anus. Fermeture. Au 6^e jour, douleurs très vives, puis apparition soudaine d'un œdème crépitant du scrotum. En deux heures, le scrotum devient énorme avec des bulles crépitantes. Il ne s'agissait pas d'une infiltration d'urine, puisque le malade urinait normalement.

Pas d'extension à l'abdomen, qui est cependant très météorisé. L'ouverture de l'anus amène une sédation immédiate des symptômes. L'œdème scrotal disparaît très lentement en deux semaines.

Des autres aspects trompeurs

En dehors des trois grandes formes digestives, génitales, urinaires, sur lesquelles nous venons d'insister, on peut évidemment rencontrer d'autres aspects inhabituels de la diverticulite. Pour la plupart ils constituent des curiosités pathologiques : Schütz a vu une polynévrite venir compliquer l'évolution d'une diverticulite, et Bittorf a signalé des crises épileptiques accompagnant les crises diverticulaires. De ces formes nerveuses nous rapprocherons la forme mentale dont

notre Maître Hillemand nous a communiqué un bel exemple.

Obs. 122 (inédite). — *Troubles cyclo-thymiques évoluant par poussées coïncidant avec des poussées de constipation dues à une diverticulite.* (D^r HILLEMAND).

Il s'agissait d'une malade soignée pendant des années pour troubles cyclo-thymiques, avec crises dépressives, mélancolie, incapacité de se livrer au moindre effort, asthénie très marquée, tant au point de vue physique que génital.

Au bout de quelques semaines, les symptômes s'atténuaient, la malade pouvait reprendre une vie absolument normale. Ces crises coïncidant avec des poussées de constipation, nous avons eu l'occasion d'examiner la malade au point de vue digestif.

L'examen radiologique montre une sigmoïdite diverticulaire. Un traitement médical ayant pu régulariser les fonctions intestinales, l'état psychique de ce sujet s'est nettement amélioré.

De cette curieuse observation nous rapprocherons cette observation empruntée à Morestin. Dans ce cas cependant, les troubles mentaux pouvaient être mis sur le compte de l'intoxication stercorale.

Obs. 123 (résumée). — *Diverticulite du côlon transverse dans l'épaisseur du mésocôlon, coudure, occlusion intestinale, tétanie, délire d'origine stercorémique, anus artificiel. Extirpation du diverticule. Guérison.* (Docteur MORESTIN).

Mme R..., 43 ans, transportée le 4 novembre 1908 dans un service à la Maison Dubois, après avoir séjourné du 25 octobre à cette date dans le service de mon Collègue et ami, le Docteur Enriquez.

Madame R... avait, jusqu'à 43 ans, joui d'une excellente santé, quoiqu'un peu nerveuse ; aucun trouble mental. Incommodée seulement par une constipation qui, au cours des deux dernières années, devint de plus en plus opiniâtre. De temps en temps, à l'occasion de purgatifs répétés, survient une débâcle diarrhéique.

Durant l'été 1908, l'état s'aggrave rapidement. La malade entre à Dubois. Elle présente des phénomènes de torpeur intellectuelle, adynamie, crise de tétanie avec ballonnement du ventre, diarrhée et une certaine élévation de température. On pratique un examen radioscopique qui montre une grosse dilatation du cæcum et de la partie droite du côlon avec un obstacle au niveau de l'angle splénique.

Le 3 novembre, nous sommes appelé auprès de la malade. Son état nous paraît alarmant. Prostration complète, inconsciente de tout ce qui se passait autour d'elle. Il n'y avait pas d'occlusion à proprement parler, mais rétention stercorale et stercorémie.

Le 6 novembre, on pratique un anus cæcal. Amélioration, mais apparition de phénomènes cérébraux. Délire incessant avec logorrhée incroyable. Elle se croyait en prison, manifestait une grande épouvante à la vue des élèves, et surtout d'un des internes qu'elle croyait tantôt jaune, tantôt vert.

A la fin décembre, la malade redevient presque normale.

Le 28 janvier, laparotomie médiane. On reconnaît dans l'épaisseur du mésocôlon transverse, à 7 ou 8 centimètres de l'angle splénique, une masse arrondie et de consistance assez ferme en contact presque immédiat avec l'intestin, les deux feuillets du mésocôlon étaient mobiles sur cette masse. Ayant attiré le transverse, relevé l'épiploon, nous pûmes reconnaître que la présence de cette masse déterminait une sorte de coudure de l'intestin et une diminution de son calibre. Elle n'en était pas indépendante, un pédicule unissant la tumeur à la partie attenante du côlon. Nous en fîmes la section, ayant acquis la certitude que nous avions affaire à un diverticule contenant une volumineuse concrétion fécale.

Fermeture de la plaie intestinale et mésentérique. Pas d'autres diverticules visibles. Au bout de deux semaines, fermeture de l'anūs cæcal. Guérison sans incidents.

La malade a une vie active, elle est gaie et alerte comme elle l'était autrefois et l'on a peine à reconnaître l'infortunée que nous avions vue autrefois.

DIAGNOSTIC

De par la fréquence et le nombre des formes trompeuses sur lesquelles nous venons d'insister, on peut prévoir les difficultés fréquentes que peut présenter le diagnostic clinique. C'est dire l'importance du secours que l'on doit demander aux examens complémentaires, parmi lesquelles la radiologie occupe la première place. Sur elle d'ailleurs repose seule la certitude du diagnostic.

Examen aux rayons X

Technique.

On peut employer le repas baryté ou le lavement opaque. Le repas pourra être constitué par la prise de baryte ordinaire. Il y a cependant intérêt à faire prendre au malade des doses fractionnées de substance opaque : par exemple l'absorption de 20 grammes de bismuth le matin à jeun qui permet un meilleur étalement de l'opacité (Marchand). Cette voie orale a rendu de nombreux services, mais elle expose à des erreurs dues à la segmentation, à la fragmentation de la colonne opaque. Aussi doit-elle être toujours employée en association avec le lavement opaque.

Le lavement opaque reste le moyen le plus sûr du diagnostic ; on peut l'utiliser selon la méthode ordinaire, mais seuls les diverticules marginaux des bords de l'intestin seront ainsi perceptibles. Depuis long-

temps Case, en Amérique, Paschetta en France, avaient insisté sur la nécessité de radiographier les malades après l'évacuation du lavement. Alors, les diverticules encombrés de baryte restent encore visibles pendant 3, 4, 5 et quelquefois 10 jours. A l'heure actuelle on utilise l'œnema flocculent, le lavement au thorium colloïdal. Il sera toujours donné sous une faible pression car des accidents de perforation du diverticule ou d'un abcès ont pu, en effet, être provoqués par la pression excessive du liquide injecté (obs. N° 67). Donc, l'examen radiographique se fera en trois temps : sous réplétion intestinale sans distension ; avec la lumière collabée de l'intestin évacué ; après distension gazeuse par insufflation rectale. On examinera le malade en position frontale et en position oblique.

La diverticulose.

La diverticulose donnera toujours les plus belles images. Sur un cliché pris lors de la distension par le lavement n'apparaissent que les diverticules tangentiels, vus de profil. Ils se révèlent parfois entièrement injectés, arrondis, ou en doigt de gant. Ils possèdent souvent un pédicule qui les rattache à l'intestin. Leur forme et leur taille sont des plus variables : sur la radio de notre malade de l'obs. 104, on voit un diverticule gros, irrégulier, « en chou-fleur ». Assez souvent la bouillie barytée n'injecte pas complètement le diverticule parce que sa cavité est déjà occupée par un calcul stercoral. Si celui-ci est petit, la bouillie ba-

rytée le moule et donne des images arrondies en « coupe » ou en « calice » (Calderon). Ou bien si le calcul remplit toute la cavité du diverticule, la bouillie opaque n'occupe que le pied du diverticule et don-



FIG. 38 et 39. — Radiographies de la malade de l'obs. 97. Alors que sur le cliché de gauche, radiographie au moment du lavement opaque, on devine un seul diverticule marqué par la flèche, sur le cliché de droite, pris après évacuation, les diverticules sont très visibles.

ne une image en « épine » saillante sur le bord latéral du côlon.

Après l'évacuation de l'intestin sous l'écran, ou

mieux, dans un examen à retardement, et surtout après insufflation d'air, les images apparaissent très nombreuses. Souvent même alors qu'aucun diverticule n'était visible sur le cliché pendant la réplétion, il s'en dévoilera de très nombreux après évacuation.



FIG. 40. — Lavement opaque. Evacuation. Nombreux diverticules réalisant une image en « fût de Bouleau ».

Les figures 38 et 39 qui sont les radiographies de la malade de l'observation 97 en sont un exemple frappant (cf. également les fig. 33, 34, 35). Sur ces clichés apparaissent les diverticules de face qui étaient res-

tés masqués pendant l'injection massive : Ils sont sous forme de taches sombres arrondies en billes, quand les diverticules sont entièrement remplis de substance opaque. Au contraire, si la substance opaque n'a fait que contourner un calcul stercoral, l'image devient annulaire, avec un centre clair ; le calcul est clair entouré de l'anneau sombre de la baryte.

Si on pratique une insufflation, toutes les images, en sombre se détachent parfaitement sur la colonne gazeuse claire donnant un aspect que Gilbert et Kadrinka ont très joliment comparé à celui d'un fût de bouleau (fig. 40).

Diverticulite.

Dans les cas de diverticulose, il n'y a pas d'inflammation, pas de modification de la segmentation haustrale du côlon ni de ses parois. La contraction intestinale passe au pied du diverticule sans l'intéresser : traduction radiologique de ce fait anatomique qu'est l'absence de fibres musculaires dans la paroi du diverticule.

Lorsque les diverticules sont enflammés les modifications radiologiques portent sur le diverticule et sur le côlon.

Aspect du diverticule. — Le diverticule injecté peut se présenter sous un aspect déchiqueté, irrégulier ; assez souvent il n'est pas perméable à la substance opaque, et seul son pied reste visible.

La diverticulite va entraîner des modifications au niveau du côlon.

Aspect du côlon. — L'examen du côlon portera sur sa perméabilité, ses contours, l'état de sa muqueuse (Béclère et Porcher).



FIG. 41. — Image presque généralisée de diverticulose. La partie marquée par une accolade désigne une portion de sigmoïde où existe une image en « accordéon ».

La perméabilité est souvent très diminuée du fait du spasme. Aussi belladone et atropine seront-elles prescrites avant l'examen. En dépit de la thérapeutique préparatoire, quelquefois un segment côlique porteur de diverticules enflammés paraît inextensible et



FIG. 42. — (Cliché in Mondor, « Les diagnostics urgents », 1^{re} édition). — Aspect en accordéon de l'anse sigmoïde. Présence de diverticules sur l'anse sigmoïde et la dernière portion du côlon descendant. On aperçoit un diverticule sur le côlon transverse à la hauteur du quatrième disque intervertébral.

légèrement rétréci; les contours présentent un aspect « chiffonné » avec de profondes incisures segmentant la colonne opaque. L'aspect de l'intestin est tout à fait spécial. De Quervain le dépeint en « image en accordéon ». Ledoux-Lebard, Calderon, en « image en éléments de radiateurs ». Paschetta, en « vis de bois » (fig. 41 et 42). Cet aspect, quand il coexiste avec la présence de diverticules, réalise l'image de la sigmoïdo-diverticulite de Cawadias. L'aspect des plis muqueux est modifié. L'image est du reste difficile à obtenir et elle va de celle de la côleite à celle de la côleite ulcéreuse (Maingot). Le plissement est gros, moins net, quelquefois le dessin est « baveux ». Dans les cas avancés, le dessin peut devenir anarchique et les plis peuvent disparaître. En somme, images de côleite, péricôleite, et diverticulite.

Diverticulite à forme de tumeur.

Radiologiquement, le diagnostic est très difficile avec le cancer côleique et c'est souvent, à distance de la tumeur, la constatation d'images de diverticulose qui révélera le vrai diagnostic. Localement, la péri-diverticulite constitue une gangue rigide autour des diverticules. Les cavités diverticulaires, transformées en abcès, « ont des contours irrégulièrement charpentés rappelant les cryptes du cancer infiltrant » (Maingot). Il existe une image lacunaire nette, mais celle-ci n'est pas très franche et est séparée de l'intestin normal par une zone de transition alors que dans le cas de cancer, l'image lacunaire se continue sans

transition avec l'image normale de l'intestin. D'autre part, si on cerce la tumeur par un fil de plomb, on constate que cette néoformation n'est pas centrée sur l'intestin. Une image radiographique bien particulière est celle que peut donner, entre les feuilletts du mésocolon, une coulée de bismuth en provenance d'un diverticule perforé. Les clichés de l'observation N° 5 sont très démonstratifs de cette particularité rare.

Etat prédiverticulaire.

Les auteurs américains Case, Léonard, Spriggs et Marxer ont décrit un « état prédiverticulaire ». Cet état, qui précéderait le stade de diverticulose confirmée, serait caractérisé par des images radiologiques spéciales : la segmentation haustrale serait irrégulière, les incisions de profondeur variable (ne pas confondre avec l'aspect décrit par De Quervain) et les bords côliques présenteraient par place des images en dents de scie (Sawedge), caractéristiques de diverticules en miniature.

La radiographie N° 22 montrait un côlon descendant revêtant cette apparence.

Les erreurs de la radiologie.

Il peut s'agir d'erreur par omission ; il existe des diverticules qui ne sont pas vus radiologiquement. Cette erreur est assez fréquente surtout lorsque l'intestin n'est pas examiné après évacuation du lavement opaque avec lumière collabée ou après insufflation. Il peut s'agir d'erreur par excès : on croit voir des di-

verticules alors qu'anatomiquement ceux-ci n'existent pas. Ces méprises sont surtout fréquentes dans la technique du repas opaque seul qui crée des faux diverti-



FIG. 43. — Fausses images diverticulaires par périviscérite sigmoïdienne.

cules par plissement ou de faux diverticules par cloisonnement (Béclère et Porcher). Le faux diverticule par plissement est dû aux irrégularités de la segmentation haustrale saisies par le cliché. Il sera facilement différencié du vrai diverticule qui montre son

caractère de constance dans le temps et dans l'espace. Le faux diverticule par cloisonnement est dû aux adhérences de voisinage. L'irrégularité et la grossièreté de son dessin, son siège habituel dans la région duodéno-vésiculaire en font souvent faire le diagnostic.

Dans certains cas, on a pu prendre pour des diverticules des scybales isolées dans l'intestin. Leurs images apparaissent comme des billes — mais beaucoup plus grosses que de diverticules — tranchant sur le clair de l'aérocôlie. Leur opacité est toute relative et elle n'a jamais la vigueur du diverticule injecté de substance opaque. Leurs images sont inconstantes et éphémères. Une purgation les balayerait. Enfin des péricôlites simples ont pu être interprétées comme péricôlites diverticulaires. L'aspect irrégulier, frangé des bords a pu en imposer pour des diverticules (fig. 43).

Mais l'absence de diverticules typiques, le caractère localisé de la lésion doivent faire éviter semblable erreur.

Examen endoscopique

Il est très rare que des orifices diverticulaires soient vus par l'examen endoscopique. Cependant Bensaude, Albu, Zweig ont pu, dans des cas heureux, constater de visu, l'existence de diverticules bas situés. Il faut du reste pratiquer cet examen endoscopique avec le maximum de prudence, pour éviter la perforation d'un diverticule ou d'un abcès péridiverticulaire, com-

me il est advenu à plusieurs chirurgiens. On conçoit en effet, que la poussée du rectoscope contre un intestin altéré et fixé par des adhérences puisse, en dehors de toute violence brutale, en traverser la paroi.

La rectosigmoïdoscopie a toutefois un intérêt : elle permet d'éliminer avec certitude soit par l'examen, soit par la biopsie (obs. 108) (De Quervain), la possibilité d'une néoplasie, lorsqu'elle peut être poussée assez profondément.

Diagnostic clinique

Les éléments sur lesquels se base le diagnostic des diverticulites ont été admirablement résumés par Slesinger. « Si un individu, au-dessous de 40 ans, se plaint de malaises dans la partie basse de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque gauche, associés à de la constipation, à des signes vésicaux, à de petites attaques inopinées de température, la diverticulite peut être envisagée comme un diagnostic probable ». De toute façon, c'est l'examen radiographique qui viendra confirmer ou infirmer cette « probabilité ». Avant cet examen, le diagnostic aura pu être discuté avec nombre d'affections côliques.

La constipation, les crises douloureuses évoqueront souvent le *dolicholon* ou le *mégacôlon*, quoique le syndrome infectieux soit absent dans ces malformations.

Avec les formes côlitiques de la diverticulite, les diverses *côlites* pourront prêter à confusion : côlites simples, côlites spasmodiques, côlites parasitaires. Pourtant la longue évolution diverticulaire le défaut

d'amélioration par le traitement symptomatique, l'absence de parasites dans les selles, doivent faire tenir pour suspecte la réalité de ces côlites et inciter à un examen radiographique. Ce sera lui qui révélera l'existence des diverticules. Dans le cas de recto-côlites superficielles chroniques on constate des évacuations muco-purulentes, de la diarrhée. Les lésions sont diffuses et le recto-sigmoïdoscope montre une muqueuse hyperémisée, saignante et granuleuse (Bensaude).

Par contre, une lésion rare, il est vrai, qui peut simuler de très près la diverticulite à poussées successives, c'est la *torsion des franges épiploïques*. Il ne s'agit pas des torsions aiguës, dramatiques, avec réactions péritonéales ; mais des torsions chroniques, évoluant à bas bruit et réalisant un tableau de crises douloureuses abdominales avec constipation, absolument comparables à celles de la diverticulite (cf. *Thèse Béchét*).

Forme aiguë.

Le diagnostic des formes aiguës graves de diverticulite soulève des problèmes beaucoup plus complexes. A l'heure actuelle, il faut considérer que la plupart des sigmoïdites aiguës sont d'origine diverticulaire. Il y a déjà plusieurs années, Patel écrivait : « Peut-être un jour sera-t-on en droit de dire que dans presque tous les cas décrits sous le nom de sigmoïdites, il s'agit de diverticulites ; absolument comme l'appendicite a été substituée peu à peu à la typhlite ».

Il faut cependant admettre l'existence de *sigmoïdi-*

tes aiguës non diverticulaires. L'observation de Lapointe, que rapporte Bensaude, en est un exemple. Dans une communication récente à la Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon (8 mai 1935), MM. P. Bertrand, Arnulf et Mathieu produisent également un cas de sigmoïdite gangréneuse non diverticulaire.

De ces sigmoïdites gangréneuses, nous rapprochons certaines affections coliques rares, en particulier les *ulcères* simples perforants du côlon (Quénu et Duval).

En fait, dans les péritonites diverticulaires, la complication péritonéale est habituellement reconnue, mais c'est la cause qui en échappe. Peut-on faire ce diagnostic étiologique qui dépiste la diverticulite coupable de la péritonite ? Oui certes, et il a été posé avant l'intervention par Moynihan, Maxwell, Telling (obs. 34). De même Finsterer (obs. 29), Wheeler (obs. 19), Dubs (obs. 20) ont opéré leurs malades avec le diagnostic préalable de diverticulite perforée.

Des signes antérieurs de réaction péritonéale avec maximum dans la fosse iliaque gauche doivent, à l'heure actuelle, faire poser, ou tout au moins soupçonner, le diagnostic de diverticulite. Et de par la simple loi de fréquence on aura moins de chances de se tromper en disant « diverticulite perforante » plutôt qu' « *appendicite à gauche* ».

Abcès.

Dans les cas de diverticulite avec abcès, le diagnostic présentera, au point de vue causal, des difficultés

avec les autres abcès de la fosse iliaque gauche : abcès d'origine *rénale, génitale, osseuse*. Le diagnostic sera quelquefois très délicat avec un abcès développé autour d'un *cancer sigmoïdien*. Dans tous ces cas, la radiographie apportera de précieux secours.

Fistule.

En présence d'une fistule côlovésicale nous avons vu que le plus souvent on fait le diagnostic de *cancer*. Qu'il suffise de rappeler combien fréquentes sont les fistules vésicales d'origine diverticulaire. La précarité de l'état général, l'absence des réactions infectieuses, l'étude histologique des débris expulsés dans l'urine et les constatations radiologiques constituent les éléments positifs du diagnostic de cancer.

Diverticulite à forme de tumeur.

Dans le cas de diverticulite à forme de tumeur, c'est encore la discrimination d'avec le *cancer* qui constitue le débat épineux. En faveur du cancer l'apparition relativement récente des symptômes, l'évolution progressive, l'altération précoce de l'état général, le mæléna continu dans les selles seraient les meilleurs arguments. Mais les réactions spécifiques elles-mêmes qui ont été signalées comme capables d'établir le diagnostic certain de cancer (Bottelho, Vernes) sont, à l'heure actuelle, considérées comme sans valeur établie.

En faveur de la sigmoïdite plaident les longs anté-

cédents, l'évolution par poussées, la variabilité du volume de la tumeur, les signes infectieux. Enfin, si la tumeur est bas située, la biopsie en sera possible au recto-sigmoïdoscope. Avec l'aide de la radiologie, le diagnostic est possible et sur 17 cas de diverticulites pseudo-néoplasiques observées par Giffin, le diagnostic fut établi 12 fois avant l'intervention. Malgré tout le diagnostic reste toujours difficile et les surprises, dans un sens comme dans l'autre, sont toujours possibles. Aussi est-il bon de rappeler les conseils de Case : « Aucun cas un soi-disant cancer de la partie terminale de l'intestin ne doit être considéré comme inopérable, avant et même au cours de l'intervention si l'on n'a pensé à la diverticulite et si possible constaté son existence ».

D'autres lésions peuvent simuler la diverticulite à forme de tumeur et sans insister sur le *fécalome*, nous mentionnerons les *périsigmoïdites* dues à une affection génitale. Le diagnostic clinique sera souvent possible par les méthodes récentes de radiographie après injection intra-utérine de lipiodol et par l'étude des lavements opaques.

Ayant par ailleurs insisté sur les formes génitales, urinaires, de la diverticulite, nous ne nous étendrons pas sur les erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner.

TRAITEMENT

Dans les diverticulites, le polymorphisme des lésions est si varié, et si nombreuses en sont les complications, que leur traitement chirurgical ne saurait être uniforme et qu'il doit, en chaque cas, s'adapter aux symptômes pathologiques.

Diverticulose

Lorsque les diverticuloses n'entraînent aucun trouble pathologique, il est de règle de s'abstenir de tout traitement chirurgical ; mais, comme la malformation diverticulaire peut ne pas rester silencieuse éternellement, le malade doit être averti de son existence, pré-muni contre les accidents possibles et instruit des signes avertisseurs des complications. On se bornera donc à un traitement médical en prescrivant un régime simple et en assurant la régularité des selles.

Si les diverticules intestinaux sont fortuitement découverts au cours d'une laparotomie, quelle conduite devra-t-on tenir ? S'ils sont très nombreux et disséminés sur les côlons on les laissera intacts : leur cure nécessiterait une intervention (résection intestinale) dont la gravité certaine serait disproportionnée avec les dangers purement hypothétiques qui peuvent advenir de leur présence.

Résection du diverticule.

Mais si les diverticules sont peu nombreux, réduits à deux ou trois, rien n'est plus simple que de les supprimer radicalement. On les résèque à la manière des appendicectomies : ligature du pédicule, section au thermocautère, enfouissement du moignon ; ou encore on les invagine après en avoir vidé par écrasement et refoulement le contenu. Le diverticule est retourné sur lui-même et ainsi on a transformé le « diverticule » en « polype ». Un point séro-séreux est serré et noué à l'ouverture du petit orifice ainsi créé.

Diverticulites à poussées successives

Traitement médical.

Entre les poussées inflammatoires du diverticule, le traitement sera, en principe, médical : le médicament de base sera l'huile de paraffine à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche *pro die*. On y ajoutera des désinfectants intestinaux (bismuth) associées à des antispasmodiques (belladone). Et obéissant à la thérapeutique du jour, on pourra adjoindre à ces pratiques consacrées, la vaccination intestinale, en faisant appel aux stocks-vaccins ou aux auto-vaccins à point de départ des fèces. Enfin le malade ne se départira pas d'une hygiène alimentaire stricte : ni sauces, ni gibier, ni fruits à petits grains (fraises, figues sèches). Il évitera les efforts, les fatigues, les voyages en automobile, qui paraissent particulièrement néfastes. Les malades trouveront parfois bénéfice à une cure thermale :

Plombières s'ils présentent des signes de côlite spasmodique ; Châtel-Guyon si ce sont, au contraire, des atoniques. Enfin à ces traitements de fond pourra être ajouté l'usage des agents physiques tels que la diathermie, les ondes courtes, les rayons infra-rouges, etc...

Au cours d'une poussée inflammatoire de diverticulite, le traitement sera beaucoup plus sévère et exigera le repos au lit, et la diète absolue des solides ; une reprise trop précoce d'alimentation, tant qu'il persiste de la douleur, exposerait à une récurrence de la poussée. Sur l'abdomen on appliquera des compresses humides maintenues chaudes par l'interposition d'une poche à eau, ou mieux encore on tiendra en permanence sur le ventre un sac de glace. On s'abstiendra radicalement de toute purgation ou lavement. En somme, cette thérapeutique est calquée sur celle de l'appendicite subaiguë.

A ce prix, l'on voit habituellement la diverticulite se « refroidir » et la flambée inflammatoire s'éteindre. Mais pas toujours ! Car la diverticulite peut se compliquer : le drame inflammatoire d'abord confiné au diverticule peut s'extérioriser, s'étendre, et ainsi réclamer une intervention du chirurgien. Ici, la circonspection s'impose, et les indications opératoires doivent être bien pesées.

On opérera tout d'abord les diverticulites que le traitement médical ne peut améliorer et qui deviennent incompatibles avec une vie active.

En outre, on opérera les diverticulites qui, par leurs

poussées subintrantes, amènent des troubles graves de l'état général.

Traitement chirurgical.

Les interventions que l'on peut réaliser sont de deux ordres : Opérations palliatives ; anus, dérivation interne ; Opérations radicales : diverticulectomie, colectomie partielle. De toute façon, exception possible pour l'anus de dérivation qui s'établit à distance des lésions, les interventions doivent être pratiquées en dehors des poussées inflammatoires. Rowlands réclame une période de 1 mois d'apyrexie avant d'intervenir. Il faut surveiller de très près le malade et le soumettre à une préparation soigneuse préopératoire. L'étude de la courbe thermique, celle de la leucocytose indiqueront l'heure optima de l'intervention. Le choix de cette intervention est dicté par les lésions trouvées.

Diverticulectomie.

Dans les cas favorables, si les diverticules sont peu nombreux, la diverticulectomie sera l'opération préférée, mais à la condition expresse qu'elle sera effectuée bien « à froid », loin de toute poussée inflammatoire ou aiguë. Les diverticules seront réséqués un à un, et leurs moignons enfouis. Ainsi pratiqué, l'acte chirurgical aura été bénin et amènera la guérison.

Certains chirurgiens se sont contentés quelquefois même d'éloigner les calculs par expression du diverticule. Mais à vrai dire cette méthode semble peu sa-

tisfaisante pour assurer la guérison définitive du patient. Cependant le malade de l'observation de Pouchet et Bensaude a vu sa situation amendée par l'ablation seule des calculs stercoraux diverticulaires.

Colectomies.

Lorsque les diverticules sont trop nombreux pour être réséqués un à un, que l'on rencontre des adhérences ou des signes d'inflammation active qui rendraient les diverticulectomies trop risquées, il faut pratiquer une colectomie. Cette colectomie sera bénigne si, limitée par exemple à l'anse sigmoïdienne, alors que le reste de l'intestin est sain, elle est pratiquée en plusieurs temps. Les colectomies gauches, avec suture bout à bout (colectomies en un temps) sont rejetées par presque tous les chirurgiens comme très meurtrières: désormais banal de la proclamer.

La diverticulite étant, en général, une maladie qui ne tue pas, on n'a pas le droit, pour en tenter la cure, d'exposer la vie de son malade.

La mobilisation de l'anse sigmoïde souvent plaquée et collée à la paroi iliaque postérieure par la mésentérite rétractile qu'ont provoquée les poussées inflammatoires, est un temps opératoire quelquefois délicat. Le décollement côlo-pariétal, entrepris de dehors en dedans — (ce qui respecte les vaisseaux mésocôliques) — arrive à libérer l'anse sigmoïdienne qui est alors extériorisée puis, quelques jours après, réséquée le plus bénignement du monde. L'anus iliaque sera ensuite traité par un des nombreux procédés clas-

siques (entérostome, fermeture extra ou intrapéritonéale, anastomose intrapéritonéale des deux bouts, etc.). C'est donc là une intervention qui, judicieusement pratiquée, n'entraîne pas une mortalité appréciable. Voici une observation typique que nous ont aimablement communiquée MM. Charrier et Oumansky et qui illustre la conduite chirurgicale à tenir pour la résection du côlon iliaque en diverticulite.

Obs. 124 (inédite). — *Diverticulite à poussées successives. Colectomie partielle. Guérison.* (Docteurs CHARRIER et OUMANSKY).

Homme de 44 ans, présentant des accidents intestinaux depuis 1917, consistant en crises de côlite avec diarrhée et constipation.

En 1921, crise de péricôlite gauche avec empâtement et fièvre pendant trois semaines, terminée par l'évacuation de pus par l'anus. Depuis cette époque et jusqu'en 1931, le malade a présenté des crises plus ou moins espacées, avec chaque fois ballonnement du ventre, douleur iliaque gauche, fièvre. L'examen des selles est négatif au point de vue parasitaire.

En 1922, un premier examen radiologique avait conclu à un rétrécissement incomplet du côlon descendant et du sigmoïde. A notre examen, en 1931, nous sentons, dans la fosse iliaque gauche, un empâtement allongé en concombre, fixe et douloureux, accompagné de spasmes du sphincter anal au toucher.

Un nouvel examen radiologique, la même année, conclut à une diverticulite avec diverticules nombreux accompagnés de spasmes du côlon sigmoïde. Etant amenés à intervenir, nous trouvons : dans la fosse iliaque gauche, le sigmoïde plaqué contre la paroi postérieure par adhérences et par l'épiploon ; en avant, le sigmoïde adhère à la vessie. La diffusion des lésions depuis le côlon descendant jusqu'au rectum nous amène à pratiquer l'extirpation du côlon sigmoïde, que

nous rendons mobilisable par la libération des adhérences et le décollement côlo-pariétal sigmoïdien ; l'anse devenue mobile est extériorisée et réséquée au bout de 5 jours. Le malade se remet rapidement et est renvoyé chez lui pendant trois mois, au bout desquels nous pratiquons la fermeture de l'anus artificiel par anastomose intra-péritonéale des deux bouts qui restaient abouchés à la peau.

La guérison s'est bien maintenue depuis.

Dérivation par iléo-sigmoïdostomie.

Une troisième éventualité peut se produire. A l'ouverture de l'abdomen les diverticules apparaissent très nombreux, impossibles à réséquer un à un, et disséminés sur une grande étendue des côlons. La dérivation interne s'impose. L'extériorisation de l'intestin et la colectomie partielle ne sont plus de mise. L'anastomose interne s'affirme alors l'opération de choix. Le plus souvent on pratiquera une iléo-sigmoïdostomie. Il ne faut pas pratiquer une dérivation partielle par anastomose latérale, mais un abouchement terminolatéral, qui exclut plus efficacement tout le segment malade. Cette intervention qui peut être pratiquée au bouton, ne nous paraît pas entraîner un aussi mauvais pronostic que Swynghedauw le dit dans son excellent article. Les malades des deux observations inédites (obs. 81 et 106) que nous rapportons, ainsi du reste que la malade de Monsarrat (obs. 107), ont très bien supporté cette intervention. Il faut cependant, comme l'a fait remarquer Marxer, être certain de pratiquer l'anastomose en amont d'une portion de l'intestin dépourvue de diverticules. Cet auteur, en effet, rappelle l'observation d'un malade chez qui cette pré-

caution ne fut pas observée, et dont la radio post-opératoire montrait des diverticules au-dessous de l'abouchement : après plus de 4 ans de souffrance il fut nécessaire de pratiquer une colectomie étendue.

Anus de dérivation.

Quant à l'anus de dérivation, il sera établi dans les cas graves, où le malade ne peut faire les frais d'une opération plus radicale. Il ne constituera en principe que le premier temps d'une diverticulectomie, ou d'une colectomie. L'anus sera fait en général sur le côlon transverse ; même sans le secours de la radio on est presque toujours certain qu'il siègera en amont des diverticules. Cet anus transverse est d'une exécution aussi facile qu'un anus iliaque : les selles qu'il évacue ne sont pas molles et diffuentes ; il se régularise habituellement et l'appareillage en est aisé et efficace.

Traitement des péritonites généralisées diverticulaires

Le traitement des péritonites généralisées diverticulaires ne diffère pas de celui de toutes les autres péritonites par perforation : intervention immédiate, drainage du liquide septique, fermeture de la brèche, sérothérapie antigangréneuse. Dans les cas heureux, le chirurgien trouvera un processus encore localisé autour du diverticule qui n'est pas encore perforé. La résection du diverticule pourra se faire alors aussi simplement que celle d'un appendice en crise subai-

guë. Mais le plus souvent, le diverticule est déjà perforé. Si la perforation est à bords nets, sa fermeture, ou l'ablation du diverticule sont relativement aisées, la suture sera renforcée par une greffe épiploïque et un large drainage au Mikulicz ou avec les lames de caoutchouc ou de cellophane sera minutieusement établi. Le pronostic est certes grave comme celui de toutes les péritonites par perforation, et même il est spécialement grave à cause de la septicité majeure des matières du côlon gauche.

Sigmoïdites perforantes.

Beaucoup plus délicat est le traitement des péritonites dues à la perforation, non plus du diverticule lui-même mais de la sigmoïdite, de la paroi intestinale elle-même. L'obturation de la perforation, à cause de l'état des parois intestinales, que l'on compare à du carton mouillé, est extrêmement précaire, pour ne pas dire illusoire. Le fil coupe l'étoffe. La résection d'emblée du segment intestinal avec abouchement à la peau est certes quelquefois réalisable (obs. 30). Mais ici encore l'extériorisation pure et simple de l'anse est plus pratique et plus simple. La rapidité de l'intervention, facteur important de réussite chez ces malades choqués, est beaucoup plus facilement mise en œuvre. En cas d'impossibilité de l'extériorisation côlique, il reste une seule chance de salut : tenter une sorte d'extériorisation intra-péritonéale de l'anse gangrenée par cloisonnement, en suturant le péritoine au mésocôlon et en la complétant par des mèches de

gaze. Dans ces cas, on terminera toujours l'opération par l'établissement d'un anus de dérivation. Ces cas entraînent une très grosse mortalité et c'est à eux que sont dues les médiocres statistiques d'ensemble des interventions pour diverticulite.

Péritonites localisées

En face du « plastron » iliaque par diverticulite, l'abstention opératoire est la règle. Le traitement sera identique à celui d'un plastron appendiculaire. On surveillera simplement les signes d'extension péritonéale et ceux de la constitution de l'abcès. Dès que la présence du pus est confirmée, il faut intervenir et l'évacuer par les voies les plus directes. On se contentera de cette intervention minima sans chercher à agir sur la diverticulite. D'ailleurs la guérison sera souvent obtenue d'une manière définitive. Mais toutefois le malade n'est pas à l'abri d'une récurrence, pas plus que le malade qui a eu un abcès appendiculaire mais à qui on n'a pas pu enlever le vermis.

Traitement des fistules colo-vésicales

Traitement toujours difficile et de longue haleine. En principe, avant d'intervenir sur la fistule elle-même, il est prudent de dévier les matières pendant de longs mois. La fistule a été parfois abordée par voie vésicale (obs. 58), mais il paraît plus logique d'intervenir par voie abdominale pour pouvoir séparer les deux organes communicants. Nous rappellerons que

les sutures sur la vessie ne seront jamais pratiquées avec des fils non résorbables qui deviendraient le centre de dépôts calculeux. Le pronostic opératoire des fistules vésico-intestinales est certes grave, mais moins grave sans doute que ne le laisserait penser les statistiques déjà parues (Chute : deux cas, deux morts. Heine : deux cas, deux morts. Henzel : un cas, une mort).

Traitement des diverticules à forme de tumeur

Le traitement de ces formes sera purement chirurgical. Mais, là encore, on n'opérera les malades qu'en dehors des poussées inflammatoires. Un examen sérieux de la courbe de température et de la leucocytose éliminera la possibilité d'un abcès latent. L'opération de choix sera, si la tumeur est mobilisable, la colectomie partielle en plusieurs temps. Si la tumeur n'est pas mobilisable, s'il existe des signes marqués d'occlusion, si on découvre un abcès latent, la sagesse fera pratiquer dans un premier temps, un anus transverse. Il est du reste habituel de constater combien la dérivation des matières peut améliorer les malades et même faire complètement fondre la tumeur inflammatoire. Quelquefois l'amélioration obtenue était telle que l'on était autorisé à escompter l'obtention de la guérison et envisager la fermeture de la colostomie sans dommage (obs. 74 et 75).

Dans certaines éventualités cependant (obs. 77), les accidents réapparaissaient après la suppression de la colostomie. L'anus de dérivation, le plus souvent trans-

verse ou sus-iliaque, améliore toujours l'état local et général du malade et là où, lors d'une première intervention, la colectomie avait paru irréalisable, on constatait qu'après 2 ou 3 mois de dérivation des matières la fonte de la tumeur était devenue totale et qu'une simple diverticulectomie avait pu suffire à guérir les malades.

Dans les cas, très rares du reste, où la diverticulite à forme de tumeur ne siège plus sur le sigmoïde, mais sur le côlon transverse ou sur le cæcum, la technique opératoire sera tout à fait identique à celle des cancers de cette portion côlique.

Traitement des hémorragies

Il est tout à fait exceptionnel que les hémorragies intestinales soit assez abondantes pour menacer la vie du malade. Dans certains cas, cependant, le traitement chirurgical de cette complication a dû être envisagé. Pauchet a guéri son malade (obs. 96 bis). Dans des conditions à peu près identiques, Vuillième a dû pratiquer une colectomie pour mettre fin à des hémorragies graves d'origine diverticulaire.

PRONOSTIC

Le pronostic des accidents diverticulaires est assez difficile à établir. La multiplicité des aspects cliniques, le nombre des méthodes thérapeutiques employées, font que les statistiques fournissent souvent des résultats peu comparables.

Pronostic de la diverticulose.

Par définition, la diverticulose constitue un état de chose, non une maladie. Elle ne devient diverticulite que dans un nombre somme toute assez limité de cas. Mayo, sur 2.139 cas de diverticulose, n'observe que 698 fois des accidents de diverticulite, soit un pourcentage de 3,2 %. Victor Pauchet donne la proportion de 11 % comme vraisemblable. Ces statistiques sont sans doute au-dessus de la vérité : bon nombre de cas de diverticulose, n'entraînant aucune manifestation clinique, passent certainement inaperçus.

Pronostic de la diverticulite.

Il dépend et de l'aspect clinique considéré, et de la thérapeutique employée. Rappelons que la diverticulite à poussées successives n'entraîne que rarement des accidents graves, elle est le plus souvent complètement guérie par le traitement médical. Dans les formes graves au contraire : péritonites, fistules, tumeurs, le pronostic de la diverticulite est fonction du pronostic opératoire de ces formes.

Dans sa statistique portant sur 118 cas, Rowlands a pratiqué les interventions suivantes : 35 opérations de Mikulicz, 33 résections côliques, 15 colostomies, 15 excisions de diverticules, 7 anastomoses, 7 drainages, 6 explorations, avec une mortalité globale de 10 %.

Gerzowitch, Swynghedau publient deux statistiques que nous rapprocherons :

Excisions de diverticules : 10 cas, 10 guérisons (sw.).

Colectomies : 104 cas avec 53 % de guérisons, 12 % 33 % de mortalité, 33 % de résultats inconnus (GER.).

22 cas avec 4 morts, 14 guérisons, 4 résultats médiocres (sw.).

Colostomies : 8 cas avec 88 % de guérisons, 12 % de mortalité (GER.).

14 cas avec 2 morts (sw.).

Entéroanastomoses : 6 cas avec 33 % de guérisons, 83 % de mortalité, 33 % de résultats inconnus (GER.).

10 cas avec 4 morts (sw.).

En réalité, ces statistiques ne tiennent peut être pas assez compte des lésions qu'elles espèrent guérir.

Les excisions de diverticules ne sont évidemment possibles que lorsque les diverticules sont peu nombreux et non enflammés.

Les anastomoses intestinales, les colostomies s'adressent, elles, aux cas graves où ni la colectomie, ni l'excision diverticulaire ne peuvent être réalisées.

D'autre part, si la mortalité générale de 10 % doit être admise, il faut voir que cette statistique contient également les cas de péritonites diverticulaires où la mortalité est extrêmement élevée : 80 cas avec 74

morts dans la statistique de Friedmann (cité par Fins-terer), 12 morts sur les 20 cas que nous rapportons (60 %).

Enfin la mortalité des colectomies — 10 à 15 % suivant des statistiques déjà anciennes — doit pouvoir être améliorée par l'usage de l'intervention en plusieurs temps et par la dérivation préalable des matières.

CONCLUSIONS

I. — Les diverticules du côlon, affection fréquente, sont peut-être dus à une prédisposition congénitale.

II. — Les diverticules peuvent n'entraîner aucun trouble pathologique. Ils constituent une simple malformation, « la diverticulose ».

III. — Les diverticules peuvent s'enflammer et entraîner des accidents « de diverticulite ». Ces manifestations pathologiques sont extrêmement variées et peuvent provoquer des complications très graves : péritonites, tumeurs, occlusions, fistules.

IV. — Dans l'histoire clinique de la diverticulite on rencontre fréquemment une symptomatologie génitale et urinaire.

V. — Les deux affections les plus ordinairement confondues avec la diverticulite sont : le cancer de l'intestin et l'appendicite.

VI. — Le traitement de la diverticulite varie avec les formes observées ; il restera médical tant que n'apparaissent pas des accidents menaçant la vie du

malade. Les résultats du traitement chirurgical en dehors de celui des péritonites, seront améliorés par la multiplication des temps opératoires et par la dérivation préalable des matières.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBE (R.). — Diverticulite simulant le cancer diagnostic par la radiographie, l'opération et l'examen histologique. (*Medic. records*, 1914, XXXVI).
- ABBOTE, ANDERSON et VATT. — Le Practioner, avril 1923, n° 658, page 273.
- ALBU. — Le diagnostic radiologique des maladies du gros intestin (*Med. Klinik.*, V, 1914).
- ALLARD. — Sur les sténoses du côlon sigmoïde (*Med. Klinik.*, 1911).
- AMSPERGER. — *Medizinische und Chirurgie*, Bd 21, 1910.
- ANTOINE. — Rectolites graves (*Thèse Paris*, 1919).
- ANSCHUTZ. — Faux diverticules de l'intestin (*Bericht im Zentralblatt fur Chir.*, 1907, n° 34).
- ASHURST. — *Annals of Surgery*, 1908, 300.
- AUVRAY. — Diverticules du côlon sigmoïde enflammé et perforé entre les deux lames du mésocôlon (*Société Nationale de Chirurgie*, 26 novembre 1930).
- BACHLECHNER (K.). — Stielgedrehtes, angeborenes divertikel des wurmfortsatzes (*Zentr. f. Chirg.*, LI, 1924, n° 50, p. 2753).
- BALL. — Un cas de diverticulite avec perforation (*Journal of the American Association*, 1920, n° 11, t. LXXIV).
- BALLIN. — Diverticulites du côlon (*American Journal of Surg.*, II, 1927, n° 2, février, p. 130-141).
- BARBAT. — Diverticulites du sigmoïde (*Surg. Gyn. and Obst.*, t. X, n° 3, mars 1910).
- BARSONY. — *Arch. fur Verdaumsgkr.*, 1928, LIII, 56.
- BAUER. — *Sjonale Hygea*, 1911.
- BAUFLE. — Sigmoidite herniaire (*Thèse Lyon*, 1911-1912).
- BAYER. — *Zentr. f. Chir.*, 1900, n° 45.
- BECHET (A.). — Etude des torsions des franges épiploïques du côlon (*Thèse Paris*, 1935, L. Arnette, éditeur).

- BECLERE et PORCHER. — Diagnostic radiologique de la diverticulose du côlon (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XIV, n° 6, juin 1930).
- BEER. — Aspects pathologiques et cliniques des diverticules acquis du gros intestin (*Am. Jour. of the Med. Sciences*, juillet 1904, p. 135-145).
- Diverticuloses intestinales et urinaires (*New-York State Journ. of Medicine*, 1^{er} août 1933, p. 907).
- BENSAUDE et ANTOINE. — Côlites et rectocôlites graves non dysentériques (*Gazette des Hôpitaux*, 28 février 1920, p. 325).
- BENSAUDE et HILLEMAND. — Les diverticules du sigmoïde, leurs manifestations cliniques, leur traitement (*Gazette médicale de France*, t. II, 1928, n° 4, 15 avril, p. 165).
- BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND. — Les diverticules du gros intestin (*Annales de Médecine*, t. XIII, n° 5 et 6, mai et juin 1923).
- BERGARECHE. — Un caso de diverticulitis sigmoidea post laparotomica (*Arch. de Med. cur. y especialid.*, 3 février 1934).
- BERGMANN (VON). — La signification de la radiologie pour le diagnostic des maladies du tube digestif (*Arch. f. Verd. Krankh.*, 1916).
- BITTORF. — *Munch. Med. Wochensch.*, 1904, p. 147.
- BLACK. — Diverticulites perforantes du côlon (*British Med. Jour.*, n° 366, 31 janvier 1921).
- BLAKERWAY. — Deux spécimens de diverticulites du gros intestin (*Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1913-1914, p. 253-255).
- BLAND SUTTON. — *The Lancet*, 24 octobre 1903, p. 1149 à 1151.
- BOLO (P. O.). — Diverticules et tumeurs inflammatoires du côlon (*Bulletins et Travaux de la Soc. de Chirurgie de Buenos-Aires*, 7 septembre 1932, t. XVI).
- BREWER. — Diverticulites aiguës de l'anse sigmoïde, opération avant rupture (*Jour. of the Am. Assoc.*, 1908, t. LI, n° 7, 15 août, p. 543 à 545).
- *Trans. Am. Surg. Assoc.*, 1907, p. 258-275.

- Diverticulites aiguës de l'anse sigmoïde (*American Jour. of the Medical Sciences*, octobre 1907).
- BRYAN (R. C.). — Fistules sigmoïdo-vésicales (*Ann. of Surg.*, 1916, LXIII, p. 353-363).
- BRITES. — Diverticuloses du tube digestif (*Medicina contemporanea*, XLIII, 1925, n° 23, 7 juin, p. 177).
- BUISSON. — Diverticules du côlon sigmoïde (*Jour. de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVI, n° 7, juillet 1932).
- BUMM. — Les diverticules du gros intestin et leurs complications (*Arch. f. Klinik Chir.*, Berlin, t. CLXXIV, Fa. I, 2 février 1933).
- CABOT. — Diverticulites du côlon avec perforation, embolie pulmonaire et infarctus (*New England J. Med.*, février 1933, p. 208-260).
- CADE, MARTIN et DE MOURGUES. — Les diverticules acquis du gros intestin et leur rôle en pathologie (*Paris Médical*, 7 juin 1913).
- CAIN. — Les diverticules du gros intestin (*La Pratique médicale française*, novembre 1931, n° 10).
- CAIN et BRIDGMANN. — Deux cas de sigmoïdites diverticulaires (*Société de Gastro-entérologie de Paris*, séance du 8 décembre 1930, in *Arch. des Maladies App. digestif*, 1931, p. 109).
- CAMERON et RIPPMMANN. — Cinq cas de diverticulite aiguë de l'S iliaque (*Guy's Hospital rep.*, 44373, 1910, p. 1912).
- CARLTON OLDFIELD. — De la diverticulite comme cause d'inflammation pelvienne (*Jour. Obst. and Gynec. of the British Empire*, t. XXIII, n° 1, janvier 1913).
- CARMAN. — Les trouvailles radiologiques dans les cas de diverticulite du gros intestin (*Amer. Surg.*, Philadelphie, 1915, 343-348).
- Diagnostic radiologique dans le cas de maladies du tube digestif (*Philadelphie and London W. B. Saunders Company*, p. 54).
- CASE. — Diagnostic et traitement des diverticules cœliques (*Bull. of the battle Creek Sana.*, t. XXIII, 1924, n° 4, octobre, p. 207).

- Diagnostic et traitement diverticules cœliques (*Am. Jour. of Surg.*, 1926, n° 6, juin, p. 573).
- Diverticules multiples du côlon (*Am. Atlas Stereos*, 1916, 20-25).
- Etudes radiologiques des diverticules du côlon (*Am. Jour. of Roentg.*, mars 1929, vol. XXI).
- CASTRONUOVO. — Diverticuloses et diverticulites du côlon (*Jour. ital. di mal. est. e trop.*, 31 août 1932).
- CAWADIAS. — Discussion sur la diverticulite (*Soc. de Méd. de Londres*, analyse in *Arch. Mal. Tube dig.*, juillet 1927).
- CATZ. — Sigmoïdites et péricigmoïdites (*Gazette des Hôpitaux*, 5 janvier 1907).
- CHAPIN. — Diverticuloses et diverticulites du tube digestif (*Ohio State Med. Journ.*, septembre 1934, p. 569-574).
- CHARPIOT. — Diverticulites aiguës (*Bourgogne Médicale*, XXVIII, 1924, n° 5, mai, p. 100).
- CHARTERS SYMONDS. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, section of Surgery, Londres, 1920.
- CHLUMSKY. — Über Verschiedene Methoden der darm vereinigung (*Bertr. z. klin. Chir.*, 1899, Bd. XXV).
- CHUTE. — Deux cas de fistûles vésicales intestinales dues à une diverticulite de l'S. iliaque (*Tr. Am. Ass. génito-urin.*, n° 1, 1911, t. VI, p. 86-98).
- CLAIRMONT. — *Medizini. An.*, 1917, 18 février, p. 180.
- CLARENCE. — *Jour. of the Am. Med. Assoc.*, 1920, n° 11.
- CLARK. — Un cas mortel de diverticulite aiguë (*Brazil Medico*, mars 1920).
- COLMAN KEMP. — Maladies de l'estomac, de l'intestin et du pancréas (Philadelphie, 1917, p. 839).
- CONWAY et HITZEROT. — Diverticulites du côlon (*Ann. of Surg.*, t. XCIV, octobre 1931, p. 614).
- CORKILL. — Diverticulites sans symptômes (*Brit. Med. Jour.*, 1927, n° 3447, 29 janvier, p. 184).
- CRUVEILHER. — Traité d'anatomie pathologique générale (Baillière fils, Paris, 1849, p. 593-594).
- CUNNINGHAM. — Fistules d'entéro-vésicales (*Surg. Gyn. and Obs.*, 1915, t. XXI, 510-518).

- DALGER et COUREAUD. — Diverticulites aiguës perforantes du cæcum (*Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 15 mai 1927, p. 751).
- DAVID. — Diverticuloses et diverticulites du point de vue du diverticule du côlon (*Surg., Gyn. and Obst.*, Chicago, vol. LVI, n° 2, 15 février 1933).
- DAVIS. — Tumeur du gros intestin (*Clinics North America*, Philadelphie, 1921, p. 1047 à 1067).
- DELORE. — Sigmoidite diverticulaire aiguë, résection (*Lyon chirurg.*, juillet-août 1932).
- DE HOED (Amsterdam). — Les diverticules du côlon et les diverticulites (*Neederlands Trijdschrift for gene*, 3 mai 1924, vol. I, n° 48).
- DEMOULIN. — Rétrécissement musculaire du gros intestin (*Soc. Anatomique*, 1889, p. 442).
- DEVE. — Diverticules multiples du côlon (*Soc. de Médecine de Rouen*, 19 avril 1919).
- Discussion on diverticulitis (*Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1919-1920, Sect. of Surg., p. 78).
- DOPPLER. — Sur un cas de péricôlite ascendante due à un diverticule de Graser (*Arch. für Klin. Chir.*, 1924, n° 4, p. 819).
- DOUGLAS. — Diverticules du sigmoïde (*Ann. of Surg.*, 1913, p. 356).
- DOWD. — Diverticulites illustrant les limites de la méthode en deux temps dans la côlectomie partielle (*Soc. de Ch. de New-York*, 22 janvier 1913).
- DRUMOND. — Un cas de diverticulose associée du côlon et de l'intestin grêle (*Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, t. XVIII, Sect. of Surg., 1924, n° 4, février, p. 12).
- Diverticulites du gros intestin (*The Practologist*, décembre 1912).
- *Zentralblatt f. d. ges. in Medi.*, 1912, t. III, cahier 5, p. 241.
- DRUMOND et HAMILTON. — Sacculite du côlon ayant provoqué une perforation du côlon ascendant (*Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, sect. of Surg., Londres, n° 7, mai 1922).
- DUBS. — Soc. anat. de Bordeaux, 1906, p. 61, 22 janvier.

- DUNN. — Diverticulites du sigmoïde (*The Proctologist*, décembre 1912).
- DUNN et WOLLEY. — Diverticules acquis de l'S iliaque (*American Jour. of the Med. Sciences*, 1911, p. 15).
- DURAND. — *Lyon Méd.*, 1911, p. 777.
- DUVAL (Pierre). — Neuf agrégés, t. III, p. 498, 1920.
- EBNER. — Torsion d'une frange épiploïque et diverticules multiples de l'S iliaque (*Deutsch. Zeits. für Chir.*, 5 avril 1909).
- EDEL. — Diverticules (*Virch. Arch.*, Bd. 183, 1894).
- EDLEFSEN. — Au sujet des sigmoïdites aiguës (*Berlin, Klinisch Woch.*, 30 novembre 1903, p. 1097).
- EDWARDS. — Diverticule du côlon et appendice vermiforme (*Lancet*, n° 5762, 3 février 1934, p. 221 à 227).
- EGGERS. — Diverticulites du sigmoïde (*Ann. of Surg.*, vol. XCIV, n° 4, octobre 1931).
- EHRMANN. — *Berl. Klin. Woch.*, 1916, n° 48.
- EISENBERG. — Diverticule de l'S iliaque erk. (*Brun's Beitr.*, Bd. 83, 627, 1913).
- ELEKTOROWICZ. — Les diverticules de l'S iliaque (*Revue Radio. polonaise*, t. I, fasc. 1 et 2, 1926).
- ENDERLIN. — Hydropisie et diverticules de l'appendice (*Revue médicale Suisse*, n° 40, 30 septembre 1920).
- ENFIELD. — Diverticules et diverticulites (*Amer. Jour. of Roentg. a. radioth.*, t. XII, 3 septembre 1924, p. 142).
- ERDMANN. — Diverticulites aiguës du côlon *New-York Med. Jour.*, t. CIX, n° 23, 7 juin 1919, p. 970).
- Diverticulites du côlon (*New-York Med. Jour.*, t. XCIX, n° 11, 14 mars 1914).
- Diverticulites aiguës du côlon (*Surg. Gyn. Obst.*, Chicago, 1918, t. XVI, p. 207 à 211).
- EWALD. — *Berlin klini. Wochem.*, 1903.
- *Med. Woch.*, 1912, p. 577.
- EPSTEIN. — Diverticulites du cæcum (*Amer. Jour. of Surg.*, n° série 11, 1933, novembre, p. 276).
- FAIXAT et FIGUERAS. — Diagnostic et diverticulites du côlon (*Revista Medica de Barcelona*, n° 100, avril 1932).

- FEIST. — Complication chir. de diverticulose de l'anse sigmoïde (*Beit. z. klin. Chir.*, t. CXXXV, 1925, u. 332 à 347).
- FIEDLER. — Denk. der. sch. gesel. fur. natur und heil kinde, 1868.
- FIFIELD. — Diverticulites (*Lancet*, t. CCXII, n° 5.397, 5 février 1927, p. 277).
- FINSTERER. — Etranglement de la diverticule de Graser du côlon sigmoïde (*Med. klin.*, t. XXI, n° 49, 4 décembre 1925).
- FISCHER. — Diverticules du sigmoïde, Cancer du sigmoïde (*Ann. of Surg.*, 1932, p. 315 à 317).
- Faux diverticules de l'intestin (*J. Exper. Med.*, 1920, p. 333 à 352).
- FRANKE. — Pathologie thérapeutique des faux diverticules du côlon (*Deut. Med. Woch.*, 1909, p. 98).
- Prager. Med. Woch., 1909, p. 3.
- GALINDEZ et BIANCHI. — Diverticules multiples de Ileon (*Bulletin et travaux de la Soc. de Chir. de Buenos-Aires*, 10 août 1927, p. 475).
- GAUDIER. — Réunions médico-chir. des hôpitaux de Lille (*Gazette des Praticiens*, février 1924).
- Diverticulite sigmoïdale (*Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 5 décembre 1923).
- GANT. — Diverticule et diverticulites de l'intestin grêle du cæcum du côlon de l'S iliaque et du rectum (*Jour. Amer. Med. Assoc.*, 1921, t. XXVII, p. 1415 à 1420).
- GEORGE et LEONARD. — L'usage des rayons X dans l'étude des diverticules multiples du côlon (*Med. Ass. Nort. Amer.*, Philadelphie, 1919, p. 1053 à 1540).
- La valeur des rayons X dans l'étude de la diverticulite du côlon (*Amer. Jour. Roent.*, New-York, 1920, p. 421 à 505).
- GEORGI. — Les diverticules et leurs significations (*Ztsch. f. Chir.*, 1903, Bd. 67, p. 5).
- GERSTER. — Côlites et péricôlites (*Ann. de Chirurgie*, 1911).

- GERZOWITCH. — Résultat des diverses méthodes opératoires concernant la diverticulose du gros intestin (*Hebdomadaire méd. Suisse*, t. LV, n° 6, 5 février 1925, p. 1924 à 1926).
- GIFFIN et WILSON. — Cancer développé sur un diverticule du sigmoïde (*Amer. Jour. of Med. Sciences*, novembre 1909, p. 661 à 666).
- GIFFIN. — Diverticules du rectum (*Ann. of Surg.*, 1911, p. 533).
- Diagnostic des diverticulites du gros intestin. Revue méd. de 22 cas (*Jour. Amer. Med. Ass.*, 1912, p. 864 à 866).
- GIRAUD. — Une observation de diverticulite sigmoïdienne suppurée, rapport de M. Arnaud (*Bulletins et Mémoires de Soc. de Chir. de Marseille*, 1928, octobre, p. 59).
- GOLDAMMER. — *Ergänzungsband*, 15 - 1902.
- GORDIMER et SAMPSON. — Diverticulite causant une occlusion intestinale (*Jour. Amer. Med. Ass.*, 1906, p. 1585).
- GORDON WATSON. — Deux pièces de diverticule du côlon enlevées avec succès par la résection et l'entéro-anastomose (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. sec. of Surg*, n° 7, mai 1922).
- GRASER. — Ueber Darmdivertikel chir. (*Kongres*, 1898).
- Verh. d. deut. path. gesel. 28, 254, 1899.
- Au sujet de diverticules multiples de l'S iliaque (*Munch. Med. Woch.*, 1899).
- Le faux diverticule du gros intestin (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1899, p. 638 à 647).
- GRAVES. — Diverticulitis of the Sigmoid (*The Boston Med. and Surg. Jour.*, 25 février 1911).
- GREENE. — Diverticule del ciego (*Bol. Soc. de cir. de chile*, II, 1924, n° 4, 23 avril, p. 74).
- GREY TURNER. — Diverticulites (*The Lancet*, n° 5029, 17 janvier 1920, p. 151 à 152).
- Trois cas de diverticulite perforée (*Proc. of the Roy. Soc. of Medicine, Sect. of Surgery*, London, n° 7, mai 1922).

- GROEDEL. — Diverticulosis of the Colon (*Radiology*. 18:88-89, janvier 1932).
- GROTE. — Med. Klinik., 1920, p. 899.
- GUTIERREZ. — Consideraciones a cerca de un caso de diverticulo de Meckel (*Bol. y Trab. Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, XII, 1928, n° 2, 25 avril, p. 40).
- GUTMANN et JAHIEL. — Diverticulite passagère du côlon (*Soc. de gastro-entérolo. de Paris*, 12 janvier 1931).
- HAGGARD (W. D.). — Diverticulitis of the sigmoid (*S. Clin. Nord Amer.*, Philadel., 1922, p. 1195-1201).
- HANAU. — Falsche Darm Divertikel (*Virchow's Arch.*, 1896, p. 144).
- VON HANSEMAN. — Ueber die Entstehung falscher Darm Divertikel (*Virchow's Arch.*, 1896, Bd. 144).
- HARTWELL. — Diverticules intestinaux (*Am. Jour. Med. Sci.*, août 1910, p. 174).
- Diverticulite perforée du côlon ascendant (*Soc. de Chir. de New-York*, 10 novembre 1909).
- HASSE. — Ueber die mit Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals erzielten Resultate in anatomisch, physiologie, und pathologie der Beziehung (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, Bd. 16).
- HEDLUNG. — Sigmoidite, diverticulite ou perisigmoidite (*Hygiea*, février 1911).
- HEGLER. — Behandlung des Diverticulites des Sigmoids (*Fortsch. d. Therap.*, 9:193-201, avril 1933).
- HEINE. — Fistules vesico-intestinales consécutives aux diverticules intestinaux (*Centralblatt f. die Krankh. des Harm u. Sex.*, 1904, p. 459).
- HILBERT. — Un cas de péritonite par perforation dû à un diverticule du sigmoid (*Verlauf Deut. Med. Woch.*, 1902).
- HERCHL, HANNON, GOODE. — Arch. f. path. Anat., 1894.
- HIRTZ. — Une observation de diverticule du gros intestin (*Bulletins de la Société Française d'Electro. et de Radiol.*, n° 5, mai 1923).
- HOCHENEGG. — 31^e congrès allemand de chirurgie, 1902, p. 402.

- HUSTON. — Div. du côlon (*Arch. of Surg.*, 6 juin 1933, p. 1111, vol. XXVI).
- JANEWAY. — Diverticulite aiguë de l'S iliaque (*Académie de Médecine de New-York*, 4 avril 1913).
- JANSSON (G.). — RKntgensymtomen vid diverticulitis coli. (*Finska-läkar. Handling*, 76, 1934, n° 1, janvier, p. 1).
- JELLET. — Jahresber. d. ges. f. chirur., 1907, p. 939.
- JORDAN. — Discussion on diverticulitis (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. Sect. of Surg. London*, n° 7, mai 1922).
- JUDD et POLLOCK. — Diverticulitis of the côlon (*Ann. Surg., Philad.*, 1924, 425-438).
- KAUFMANN. — Spez. Path. Anat.
- KEITH. — Brit. Med. Jour., 12 février 1910.
- KELLER. — Diverticules du côlon. Soc. de Gastro-Entero., 14 juin 1926.
- KELLY (H. A.). — Pneumaturia (*J. Am. Med. Assoc.*, 1898, XXXI, p. 375-381).
- KIENBOCK. — Sur le diagnostic radiologique des côlites ulcéreuses (*Fortsch. Geb. der Röntgen*, 1915, Bd. 20).
- KIVLIN. — Amer. Journ. Obstet., 1906, p. 843-894.
- KLEBS. — Path. Anat., 1869, p. 271.
- KOCH et HOCHENEGG. — Arch. für Klinis. Chir., t. X, 1903, p. 876.
- KOHN. — Ueber die multiplien Divertikel des Dickdarms (*Berl. Klinis. Wochens.*, 18 mai 1911, p. 931).
- KOTHÉ. — Diverticulite du gros intestin (*Réunion libre des Chirurgiens de Berlin*, 8 février 1909).
- KRAFT. — Revue Médicale Suisse Romande, 1918, p. 1325.
- KÜSS. — Thèse Paris, 1909.
- LE LANDAIS. — Les abcès de la fosse iliaque gauche (*Thèse Lyon*, 1911).
- LAPOINTE. — Bull. Soc. de Chir., 25 octobre 1922, p. 1113.
- LARIMORE. — Diverticulitis of the large intestine (*Jour. of Missouri State Med Assoc.*, XXII, 1925, n° 4, avril, p. 129).
- LEDoux-LEBARD, JAHIEL, GARCIA CALDERON. — Observation de diverticules multiples du côlon (*Soc. de Radiol. Méd. de France*, 14 janvier 1930, p. 27).

- LECÈNE et LEMIERRE. — Occlusion intestinale précoce dans deux cas de côlite ulcéreuse (*Annales de Médecine*, novembre 1922, p. 338).
- LECLUYSE et MEYERS-PALGEN (Mme). — Diverticulose sigmoïdienne (*Bruxelles Médic.*, n° 4, 27 janvier 1934 et *Le Scalpel*, 87, 1934, n° 3, 20 janvier, p. 115).
- LEJARS. — Semaine Médic., 27 juin 1904, p. 26.
- Les diverticulites chroniques d'emblée (*Semaine Médic.*, 1911, n° 24).
- LE GAC. — Fistule côlo-vésicale (*Revue Médicale Française*, juin 1933).
- LEVEQUE. — Kyste sanguin développé aux dépens d'un diverticule de l'S iliaque (*Soc. Anat. de Paris*, 12 mai 1911).
- LEVY. — Sur le diverticule du gros intestin (*Munch. Med. Woch.*, n° 9, 26 février 1932).
- LILIENTHAL. — Diverticulite perforée de l'S iliaque (*Soc. de Chir. de New-York*, avril 1910, in *Annals of Surg.*, octobre 1910).
- LOCKHART-MUMMERY. — Etiologie des diverticulites (*The Lancet*, n° 5553, 1^{er} février 1930).
- The International Journal of Gastro-Enterology, août 1921, p. 160.
- LOCKHART-MUMMERY et GRAHAM HODGSON. — Observations sur les diverticules du côlon et leur sequelles (*Brit. Med. Jour.*, n° 3664, 28 mars 1931).
- LOOMIS. — N.-Y. Med. Rec., 1870, vol. IV.
- MAC-DONALD. — Sigmoidite aiguë, perforation, péritonite aiguë généralisée à la suite d'un lavement (*The Med. Journ. of Australia*, 9 juin 1923).
- MAC-GRATH. — Intestinal Diverticula (*Surg. Gyn. Obst.*, 1912, p. 429-444).
- MAILER. — Observations on diverticula of the côlon (*Lancet* : CCXV, 1928, n° 5472, 14 juillet, p. 51-58).
- MAILER. — Diverticulitis of the Sigmoid associated With Tuberculosis (*Am. Jour. of Surg.*, février 1927, p. 142 à 147).
- MAINGOT, SARASIN, DUCLOS. — Diverticulose et diverticulite du côlon (*Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, n° 212, octobre 1934).

- MALCOLM-TAYLOR. — Un cas de diverticulite perforée du côlon (*Brit. Med. Jour.*, n° 3728, 18 janvier 1932).
- MARTINEZ. — Diverticules intestinaux et diverticulopathies (*La Med. Ibero*, 2 avril 1921).
- MATTHEWS. — On diseases of rectum and Sigmoid Flexure, 1902.
- MAYO and WILSON. — Acquired Diverticulitis of the large intestine (*Surg. Gynec. Obstet.*, 1907, p. 8-15 et 111-200).
- MAYO (W.-J.). — Div. du Sigmoidé (*Annals of Surg.*, vol. XCII, n° 4, octobre 1930).
- MAYO (Ch.). — Diverticulitis of the large intestine (*Jour Amer. Assoc.*, 17 juillet 1912).
- MAYOR. — Revue Médic. Suisse Romande, 1893, p. 421.
- MEILLERE. — L'enterorrhaphie circulaire dans les interventions sur le côlon gauche et le côlon transverse (*Thèse Paris*, 1928, A. Legrand, éditeur).
- MERTENS. — Falche Divertikel des Flexura Sigmoidea und der Processus Vermiformis (*Mitt. aus. den grenzg. of Med. u. Chir.*, Bd 9, 1902, p. 743).
- MONSARRAT. — Traitement chir. de la diverticulite (*Brit. Med. Journal*, n° 3523, 14 juillet 1928, p. 41 à 43).
- MORESTIN. — Div. du côlon sigmoïde (*Soc. de Chir. de Paris*, 31 mars 1909, p. 447).
- MORLEY. — Acute perforating diverticulitis of the pelvic côlon (*Medic. chron. Manchester*, 1913-1914, p. 469-472).
- MOSCHOWITZ. — Résection de l'S iliaque pour div. multiples du côlon (*Ann. of Surgery*, t. LI, 4 avril 1910).
- MOURE et DESBOUIS. — Presse Médicale, 1909, n° 1041.
- DE MOURGUES. — Diverticules acquis du gros intestin (*Thèse Lyon*, n° 84, 1913).
- MOYNIHAN. — Mimicry of Malignant disease of the large intestine (*Brit. Med. Journal*, 1906, p. 1817).
- MURRAY. — Diverticules of the large intestine (*Liverpool Med. Ch. Journal*, 1913, t. XXXIII, p. 136).
- NEIRYNCK. — Diverticulite du côlon (*Le Scalpel*, 26 novembre 1921).

- NEUPERT. — Zur pathologie der Darmdivertikel (*Arch. f. Klinik. Chir.*, 1908, Bd. 87).
- NEWTON. — Div. acquis du côlon. Résultats éloignés de 44 cas (*Arch. of Surg. Cushing Birthday Volume*, vol. XVIII, avril 1929, u. 1330 à 1359).
- NICOLAYSEN. — Les diverticules acquis de l'intestin et leurs complications (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, mai 1914).
- NORBURY. — Diverticulite perforée du côlon pelvien (*Proc. of the Roy. Soc. of Med. Sect. of Surg.*, London, n° 7, mai 1922, p. 44).
- NOTHNAGEL. — Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneum (*Spez. path. u. Therapie*).
- NUYTEN et LEMAITRE. — Maladies diverticulaires du gros intestin (*Gaz. des Praticiens*, XXXI, 1924, n° 578, 15 mars).
- OHLY. — Ueber procto Sigmoiditis (*Deutsche Med. Woch.*, 1912).
- OSCHIUSKY. — Beitrag zur Diverticulitis des Dickdarmes (*Arch. f. verdaungs Krankh.*, 52, novembre 1932, p. 415-426).
- PAPAYOANNOU. — Un div. géant du côlon Sigm. coïncidant avec un vice de conformation grave des canaux de Müller (*Congrès International de Médecine du Caire*, 17 décembre 1928).
- PANNHORST. — Ileus bei Dickdarm-diverticulose (*Röntgenpraxis*, avril 1932, p. 341-346).
- PARHAME et HUME. — Vesico intestinal fistula (*Annals of Surgery*, 1909, t. L, p. 25).
- PARKES. — Diverticulite du côlon (*Am. Jour. of Surgery*, n° 1, octobre 1930).
- PASCHETTA. — Diverticules du côlon. (Bull. et Mem. de la Soc. de Radiol. Méd. de France, XVIII, 1930, n° 170, juin, p. 280).
- PATEL. — Diverticul. sigm. perforante avec péritonite généralisée (*Lyon Chir.*, 1^{er} août 1911, p. 121).
- Lyon Mrd., 1913, p. 451.
- Lyon Méd., 1913, p. 451.

- Lyon Chir., 1922, p. 218.
- Trois cas de sigmoïdites (*Lyon Méd.*, 1904).
- 26^e Congrès de Chirurgie, 1913.
- PATEL et PELLANDA. — Lyon Médical, 1906.
- PATEL. — Arch. des mal. op. digest., 1913, n° 11, p. 629-638.
- PATRY. — Les diverticulites du gros intestin (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, XL, n° 7, juillet 1920).
- PATTERSON (R.-H.). — Diverticulitis of the large intestine (*Americ. Jour. of Surgery*, 1928, 31 juillet, p. 81).
- PAUCHET. — Div. du côlon (*Congrès de Chir.*, Paris, octobre 1929).
- Les diverticulites (*Journal de Médecine de Paris*, n° 48, 1^{er} décembre 1927).
- Bull. Académie de Médecine, 1928.
- PAUCHET et LUQUET. — Diverticules de l'anse sigmoïde (*Bull. et Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*, XXII, 1930, n° 5, 7 mars).
- PAUCHET. — Sigmoïdites perforantes (*Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1^{er} décembre 1911).
- PAYR. — Ueber eine Zigentumliche Form chronischer Dickdarm stenese an der Flexura cœli sinistra (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1905, Bd. 77).
- PECH (C.-H.). — Diverticulitis of the côlon (*Annals of Surg.*, LXXXI, 1925, n° 1, janvier, p. 322).
- POWERS. — Acute Diverticulitis of the sigmoïd Flexura of the côlon (*Annals of Surg.*, juillet 1912).
- PRIMEROSE. — Tumeurs massives dues à une diverticulite du gros intestin (*Surgery and Gyneco.*, vol. XV, n° 6, juin 1925).
- PRAT (Louis). — Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir., séance du 22 octobre 1929, t. LVI, n° 26).
- PRAT et PASHETTA. — Diverticulose et diverticulites du gros intestin (*Soc. Méd. et Climat. de Nice, Bull. et Mém.*, LI, 1930, n° 3, mai-juin, p. 38).
- DE QUERVAIN. — Zur diagnose der erworbenen Dickdarmdivertikel un der sigmoïdites diverticularis (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Bd. 128, p. 1914, p. 67).

- Diagnostic et traitement chirurgical de la diverticulite du gros intestin (*Archives Franco-Belges de Chirur.*, t. XXVIII, n° 3, mars 1925).
- RANKIN et BROWN. — Diverticulite du côlon (*Surg. Gyn. Obst.*, vol. L, n° 5, mai 1930, p. 836).
- RANKIN et JUDD. — Emphysème du scrotum résultant d'une diverticulite perforante du sigmoïde (*Surg. Gyn. Obst.*, Chicago, 1922, XXXV, p. 310-312).
- RANSOHOFF. — Diverticulite aiguë de l'S iliaque chez les enfants (*Annals of Surg.*, 2 août 1913, p. 218).
- REEB. — Perforation gangreneuse d'un diverticule de l'anse sigmoïde (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynécol. de Strasbourg*, XIV, 1925, n° 7 et 12 mai, p. 541).
- REICHEL. — Falsche Darmdivertikel und ihre klinische Bedeutung (*Zentralblatt f. Chir.*, 1913, n° 23).
- REGNIER (E.). — Multiple Darmdivertikel (*Fortschr. a. d. Geb. de Röntgenst.*, XXXVIII, 1928, n° 6, décembre, p. 1101).
- RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE des Hôpitaux de Lille. — Maladie diverticulaire du gros intestin, 19 novembre 1923.
- RIES. — *Am. Surg.*, vol. XI, p. 523.
- RIXFORD. — Diverticulite aiguë (*Califo. State Jour. of Med.*, 1904, p. 226).
- ROBERTS. — Specimens from a case of diverticulitis of the large intestine followed by carcinoma (*Pro. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1913-1914, VII, Surg. Sect., p. 233).
- ROLL. — Ueber chronische Peritonitis and Pericolitis und ihre verhältnis zur chronischen Appendicitis Norsk Magazin for Scägevidenskaben ref. nach *Münch. Medizine*, 1912).
- ROLLESTON. — Un cas de diverticulite du sigmoïde accompagnée de cancer (*The Lancet*, 1^{er} avril 1905, p. 854).
- ROSE. — Diverticulite du côlon descendant (*Long-Island Med. Jour.*, Brooklyn, 1916, p. 505).
- ROSENBERG. — Zür Behandlung der Erkrankungen des imteren Dickdarms (*Mitt. aus d. grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1910, Bd. 21).
- ROSENHEIM. — Ueber Sigmoiditis (*Zentb. für Klinik. Med.*, 1904, Bd. 54).

- Zur Kenntnis d. infiltririden colitis und sigmoïditis (*Deut. Med. Wochens.*, 1907).
- ROTTER. — Au sujet des tumeurs du côlon sigmoïde et pelvien (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, Bd. 61).
- ROWLANDS. — Proc. Roy. Soc. Med. London, 1919-1920, Sect. Surg. Proct., p. 77.
- Diverticulitis of the côlon. (*Guy's Hospital Gaz.*, London, 1920, XXXIV, p. 132-157).
- Diverticulite du côlon (*The Antiseptic*, t. XXII, n° 5, mai 1925, p. 209-217).
- The Lancet, avril 1910.
- ROWNTREE (C.-W.). — Diverticule solitaire du sigmoïd (*Proc. of the Roy. Soc. of Medicine* London, t. XX, 1927, n° 5, mars, p. 697).
- SAINTORENS. — Thèse Bordeaux, 1919-1920 (n° 206).
- SANTY. — Sigoïdite diverticulaire (*Lyon Chirurgical*, 31, 1934, n° 3, mai-juin, p. 353).
- SAVARIAUD. — Sigoïdite perforante (*Soc. de Chir. de Paris*, 8 novembre 1922).
- SCHMIDT (A.). — Arch. f. Verdaungs-Krankh., Bd. XXII, 15 mars 1914, p. 13.
- Au sujet des côlites suppurées (*Mitt. aus. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, V, 1914, Bd. 27).
- Arch. f. verdaungskrankh., 1916.
- SCHMIDT et VON NOORDEN. — Klinik des Darmkrankheiten (J.-F. Bermann, éditeur, 1921).
- SCHOEMACKERS. — Diverticulite de l'S iliaque (*Académie de Chir. de Philadelphie*, 6 mai 1912).
- SCHREIBER. — Bau und Entstehung der multiplen Darmdivertikel (*Deut. Arch. f. Kl. Med.*, 1902, p. 122).
- SCWARTZ und NOVACINSKY. — Eigenartige Röntgenbefunde am Dickdarm bei Tiefgreifenden chronisch entzündlichen Prozessen (*Wien. Klin. Wochens.*, 1912).
- SCUTER. — Case of perforative diverticulitis of the colon : immediate resection. Recovery (*West London Med. Jour.*, London, 1914, p. 59).
- SENNET. — Div. perforé du côlon (*Brit. Med. Jour.*, n° 47-00, 5 décembre 1931).

- SHAFFER et KELLOGG. — Two cases of chronic diverticulitis of the cōlon with medical treatment (*Mil. Surg.*, p. 195-203, février 1931).
- SIERRA (L.). — Maformacion. Diverticulos de la pared del conducto alimenterio (*Bol. Soc. de cir. de Chile*, V, 1927, n° 15, 9 novembre, p. 267).
- SIMONS. — Bemerkungen zur Sigmoiditis (*Zeitschr. f. Klini. Med.*, 1906).
- SINGER. — Sur la formation des diverticules au niveau du cōlon (*Med. Klinik.*, XXVII, n° 1-2, janvier 1931).
- SLESINGER. — Diverticulite (*Lancet*, n° 5573, 21 juin 1930, p. 1325 à 1328).
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON. — Diverticulite pseudo-néoplasique, 14 janvier 1926.
- SOLIER. — A propos d'un cas de diverticule du cæco-cōlon ascendant, à forme pseudo-annexielle atténuée (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. Marseille*, 1927, n° 1, 27 juin, p. 33).
- SONNENBURG. — Die acute colitis (*Mitt. aus den Grengzeb. d. Med. und Chir.*, 1912, Bd. 24).
- SOUTHIER (C.-I.). — Sigmoido vesical fistula : lateral anastomosis, operation, recovery (*Lancet Clinic*, Cincinnati, 1911, LVI, p. 506).
- SPRIGGS et MARXER. — Les div. de l'intestin (*Brit. Med. Jour.*, n° 3395, 23 janvier 1926, p. 130).
- Multiple Diverticula of the Cōlon (*Lancet*, 1927, p. 1067 à 1074).
- STANLEY N. SENNET. — Perforation d'un diverticule du cōlon (*Brit. Med. Jour.*, n° 3700, 5 décembre 1931).
- STANTON. — Diverticulitis (*Boston Med. Sing. Jour.*, 1913, p. 343).
- STERNBERG. — Pseudo-diverticulites perforées du cōlon (*Société de Médecine de Brunn*, 24 janvier 1910).
- STIERLIN. — Diagnostic des cōlites ulcéreuses (*Zeitschr. f. Klinik. Med.*, 1912, Bd. 75).
- Diagnostic radiologique des maladies de l'appareil digestif (Wiesbaden, 1916).

- Diverticulite herniaire (*Correspondenzblatt für Schwartz Aerzte*, 1902, p. 749).
- STOUT (A.-P.-A.). — *Arch. of Surg.*, 1923, VI, p. 793.
- STRAUB. — Diverticulum of the descending cōlon causing hydronephrosis (*Surg. Gyn. Obst.* Chicago, 1920, XXX, p. 359).
- STRAUSZ. — Ulcérations chroniques recto-sigmoïdiennes (*Berlin, Klin. Woch.*, 1910).
- Diverticulose du gros intestin et carcinome du sigmoïde (*Med. Klinik.*, n° 14, 1^{er} avril 1932).
- SUDECK. — Ueber die entzündlichen Dickdarmgeschwülste (*Berl. Klin. Wochens.*, 8 mai 1920, p. 416).
- Zur frage der Diverticulitis und sigmoïditis (*Brun's Beitr.*, Bd. 94, p. 78).
- SUDSUKI. — *Langenbecks Arch.* 1900, p. 708.
- SUTTON. — Vesico sigmoïdal Fistulae (*Surg. Gynec. and Obst.*, 1921, XXXII, p. 318-327).
- SWYNGHEDAUW. — Les diverticules du gros intestin et leur traitement chirurgical (*Journal de Chirurgie*, t. XXVIII, n° 1, juillet 1926, p. 1 à 34).
- TAVERNIER. — Sigmoïdite perforante (*Soc. de Chir. de Lyon*, 11 mai 1911).
- TAYLORD et LANKIN. — Trois observations de Diverticulites perforées du cōlon (*Lancet*, n° 4512, 19 février 1910, p. 495 à 496).
- TAYLORD. — Div. perforé du cōlon ascendant (*Soc. de Chir. de New-York*, 10 décembre 1909).
- TAYSEN. — *Bonn Heft.* 163, Bd. 54, p. 323.
- TEUNG. — Multiple diverticula of sigmoid flexure (*Brit. M. J.*, 1938, p. 1346).
- TELLING (Maxw.). — *Brit. Jour. of Surgery*, vol. IV, n° 17.
- Diverticules acquis de l'anse sigmoïde (*Lancet*, 1908, p. 565).
- Sur les aspects cliniques et l'importance des diverticules sigm. (*The Proct.* St-Louis (U.S.A.), mars 1917).
- Diverticulitis (*Lancet*, 10 janvier 1920, p. 8).

- TELLING et GRUNER. — Acquired diverticula. Diverticulitis and peridiverticulitis of the large Intestine (*Brit. Jour. of Surg.*, 1916-1917, IV, p. 468).
- TIERNY (A.). — Les diverticules du côlon (*Journ. des Méd. de Paris*, XLIV, 1925, n° 33, 15 août, p. 698).
- TITSE. — Ergebnisse der chirurgie und orthopedie, 1920.
- TRÈVES. — Intestinal Obstruction, 1899, p. 57.
- TUFFIER. — Soc. de Chir. de Paris, 1906, p. 345.
- TUTTLE. — Amer. Jour. of Surgery, avril 1909.
- VELLACOTT. — Acute diverticulitis of the Transverse côlon. Resection of the bowel, recovery (*Brit. Med. Jour.* London, 1919, II, p. 134).
- VERDENAL. — Diverticules de l'S iliaque (*Thèse Lyon* 1906-1907).
- VESEEN (L.-L.). — Diverticulitis of the Sigmoid with rupture into the urinary bladder (*Journ. of Urology*, XX, 1928, n° 5, novembre, p. 598).
- VICK. — Notes on a case of diverticulitis of the pelvic côlon (*Proc. Roy. Soc. Med.* London, 1913-1914, VII, Surg. Sect., p. 262).
- VINCENT. — Les diverticules du côlon (*J. Méd. de Lille*, n° 16, septembre 1934).
- VIRCHOW. — Arch. path. anal., V, 1853, p. 348.
- WALDVOGEL. — Fistel zwischen flexura sigmoïdea und Blase im Anschluss an perforierte Darm divertikel (*Deut. Med. Woch.*, 1902).
- WALCHA. — Deutsch. Med. Wochens., Bd 25, 1904, p. 1273.
- WARNECKE. — Ein eingenartiger Fall von Perforations peritonitis (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1916).
- WESTBROOK. — Diverticulitis of the côlon (*Long-Island Med. Jour.*, Brooklyn, 1914, p. 414-419).
- WHEELER. — Diverticulite perforée du côlon (*The Brit. Med. Journ.*, n° 3.600, 4 janvier 1930).
- WHYTE. — Scottish and Med. Surgery Journ., 1906.
- WILLAN. — Rupture d'un diverticule du côlon chez deux sœurs (*Lancet*, vol. CCXXIII, 19 novembre 1932, p. 1107).

- WILMOTH. — Enorme diverticule de l'extrémité gauche du côlon transverse (*Bull. et Mém. de la Société anatomique de Paris*, n° 10, décembre 1923).
- WILSON et MAC CARTY. — *Amer. Jour. of Med. Sc.*, décembre 1909, p. 846.
- WILSON et WILLIS. — *Journ. Am. Med. Asso.*, septembre 1910, p. 921.
- WILSON. — Diverticules du gros intestin (*Annals Surg.*, février 1911).
- Diverticula of the Bowel their developpment and relationschip with carcinoma (*Annals of Surg.*, 1911, p. 223-231).
- WILLIAMS (C.). — Diverticulitis of the côlon virginia (*Med. Month.*, LI, 1924, n° 2, mai, p. 86).
- WINDSHERD. — Drei fable von Pericolis (*Deuts. Arch. f. Klinik Med.*, L. 5 : 223, 1889).
- WOLF. — *Lancet*, 1931, mars, p. 535.
- Die Sogennante divertikulitis des côlon und ihre Diagnose ducht das Rontgenbild (*Fortschr. a. d. geb. d. Rontgenstrahlen*, 1919, XXVI, p. 153-165).
- WRIGHT. — Congenital Diverticulitis of the côlon (*Proc. Roy. Soc. Med. London*, 4 février, 1919-1920, XII, Sect. of Surg., p. 119-128, Sect. of Proct., p. 75).
- Proceedings of the Roy. Soc. of Medecine Sect. of Surgery, London, 1922.
- ZIELGEN. — Diverticules de l'S iliaque (*Revue Médicale de l'Est*, 1894).
- YOUNG. — Diverticules du côlon pelvien (*Edimbourg Med. Jour.*, vol. XL, n° 7, juillet 1933).

TABLE DES MATIERES

Historique	1
Etiologie	5
Anatomie pathologique	9
Pathogénie de la diverticulose	30
Pathogénie de la diverticulite	41
Symptomatologie	47
Diverticulites à poussées successives	47
Péritonites diverticulaires	73
Fistules d'origine diverticulaire	128
La diverticulite à forme de tumeur	147
Les diverticulites associées	163
Les formes trompeuses de la diverticulite	180
Diagnostic	233
Traitement	249
Pronostic	261
Conclusions	265
Bibliographie	267



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo IMPRIMEURS - ÉDITEURS oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo oo LYON oo oo oo oo



